

SEMIOLÓGÍA DEL SISTEMA ENDOCRINO EN PEDIATRÍA

AUDREY MARY MATALLANA, M.D.¹

RESUMEN

El crecimiento es la parte más importante en pediatría y endocrinología, es considerado como un signo semiológico que se afecta por muchas patologías. Desde el punto de vista del crecimiento, el hipotálamo está influenciado por el ejercicio, el sueño, el estrés, la alimentación y los medicamentos. El crecimiento es el aumento de las dimensiones del cuerpo, debido a la multiplicación de las células, es considerado como un concepto anatómico y cuantitativo. Hay que tener en cuenta varios patrones del crecimiento normal; pues el crecimiento no es regular, sino que depende de cada etapa de la vida. Según la etapa del desarrollo, el control neuroendocrino depende de hormonas tiroideas y/o factores tisulares locales. Para la evaluación del desarrollo puberal, se utiliza la clasificación de Tanner.

Palabras claves: *Semiología, Endocrinología, Niños*

INTRODUCCIÓN

Es importante realizar una historia clínica adecuada, la cual incluye un examen físico donde no se debe olvidar los cuatro pasos semiológicos: inspección, auscultación, palpación y percusión. El crecimiento es la parte más importante en pediatría y endocrinología, es considerado como un signo semiológico que se afecta por muchas patologías. En esta revisión se describirán las diferentes variables que se usan para evaluar el crecimiento en el paciente pediátrico, como son talla, peso, cambios normales durante la pubertad y variantes o alteraciones de la pubertad que se encuentran relacionadas con el sistema endocrino y que son identificables clínicamente.

El hipotálamo y los núcleos del hipotálamo, sobre todo el supraóptico, el paraventricular y los núcleos de la eminencia media, envían una serie de señales importantes mediante neurotransmisores u hormonas (autocrinas, paracrinas o endocrinas). Desde el punto de

SUMMARY

Growth is the most important in paediatrics and endocrinology, is considered a semiological sign is affected by many diseases. From the point of view of growth, the hypothalamus is influenced by exercise, sleep, stress, diet and medication. Growth is the increase in body size, due to the multiplication of cells, is considered an anatomical and quantitative concept. We must take into account various patterns of normal growth, since growth is not regular, but depends on each stage of life. Depending on the stage of development, the neuroendocrine control of thyroid hormone dependent and / or local tissue factors. For the evaluation of pubertal development using the Tanner classification.

Key words: *Semiology, Endocrinology, Children*

vista del crecimiento, el hipotálamo está influenciado por el ejercicio, el sueño, el estrés, la alimentación y los medicamentos.

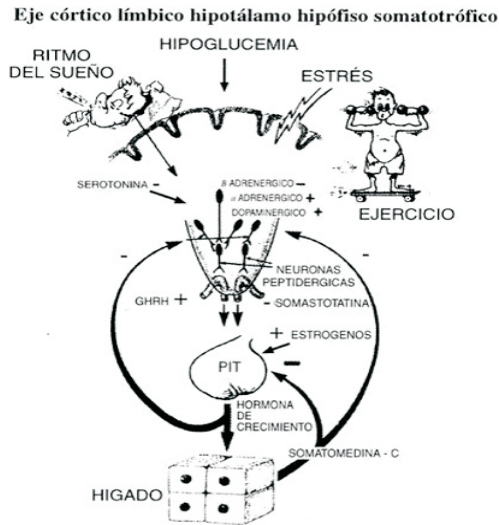
Alimentación. La señal conocida hasta el momento está dada por una hormona que es producida y liberada por el estómago llamada Ghrelin, que va al hipotálamo, estimulándolo y así liberando la hormona estimuladora de la hormona del crecimiento (GHRH).

Sueño. Es muy importante porque es el tiempo durante el cual se libera la GHRH; ésta hormona estimula la liberación de la hormona del crecimiento (GH) en la hipófisis, haciéndolo por pulsos. El sueño debe ser nocturno y son necesarios ocho pulsos para considerar una concentración adecuada de GH requerida para crecer.

Ejercicio. Única forma de producir un pulso en el día, es un ejercicio aeróbico intenso de 30 minutos mínimo continuo, éste libera un pulso de GH.

Estrés. Hay dos tipos de estrés, el metabólico y el psicológico; en el caso del metabólico, el mejor ejemplo es la hipoglicemia, donde la GH actúa como contra-reguladora ya que estimula procesos de gluconeogénesis con el cortisol. En el estrés psicológico, el niño al estar expuesto crónicamente, no va a liberar hormona del crecimiento.

¹Pediatra. Endocrinóloga. Profesor auxiliar. Universidad del Valle. Cali, Colombia



Medicamentos. Entre los inhibidores de la liberación de la hormona están, retalina, somatostatina y los estimuladores son la clonidina, L-dopa, glucagón, arginina y la insulina, última ésta que estimula la GH al ocasionar hipoglucemia.

Todas estas señales van a ejercer una acción sobre el hipotálamo, y éste va a liberar la GHRH que actúa a nivel de la hipófisis, específicamente a nivel de la adenohipófisis. La hipófisis está compuesta por varias células que producen diferentes hormonas, de las cuales el 60% o más producen GH, queriendo decir, que ante una lesión de la hipófisis, la primera hormona que se va a comprometer es la GH.

La comunicación hipotálamo hipófisis es de tipo vascular a través del tallo hipotálamo-hipofisiario; la hipófisis libera GH que está ligada a una proteína transportadora, que es parte del dominio externo del receptor. En el cuerpo se puede unir al hígado principalmente, o al hueso, donde ocurre el crecimiento. En el hígado inducirá la síntesis de factor de crecimiento similar a la insulina (IGF-I), también llamado somatomedina C, que se une a la proteína transportadora (IGFBP). Éstas proteínas son producidas por el hígado y la que se produce a expensas de la hormona del crecimiento, es la IGFBP3. La IGF-I se une al hueso, donde actúa en el crecimiento y libera de manera paracrina, la IGF-I; es decir, la hormona que más contribuye en el crecimiento lineal, es la IGF-I o somatomedina C.

Para que haya un adecuado funcionamiento de este eje, se debe contar con un hipotálamo, una hipófisis y un tallo intacto, además de una adecuada perfusión, un hígado funcionando bien, disponibilidad de aminoácidos y una placa de crecimiento a nivel óseo. Este eje se puede afectar fácilmente con cualquier enfermedad tales como: desnutrición, problemas renales, acidosis metabólica (el pH ácido no deja actuar la GH), y problemas hepáticos, entre otros.

EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO

El crecimiento es el aumento de las dimensiones del cuerpo, debido a la multiplicación de las células, es considerado como un concepto anatómico y cuantitativo.

Para la evaluación de éste parámetro, se utilizaban diferentes curvas de crecimiento y desarrollo en los niños-adolescentes, las cuales son elaboradas por cada país; por tal motivo, Colombia opta por las tablas de la Organización Mundial de la Salud, quienes desarrollan unas nuevas curvas con un criterio muy importante del cual carecían las anteriores y es la lactancia exclusiva por 6 meses, y en los niños mayores de 6 meses, se garantizó que las condiciones nutricionales fueran óptimas hasta los 5 años. Con estas reformas que se hacen a las tablas, también se está implementando el uso de las desviaciones estándar y se deja atrás el uso de los percentiles: por ejemplo, en el caso de talla para la edad: 0, se considera en la media, normal, entre -1 y +1 normal, entre -1 y -2 a riesgo, entre -2 a -3, talla baja; y mayor a -3, patológico (figura 1).

La gráfica de la figura 1, tiene una pequeña diferencia en la inclinación de la recta, del recién nacido a los dos años, y de los dos años a los 18 años, debido a que se cambia la manera como se mide la talla (por encima de dos años, de pie), ya que la gravedad ejerce fuerza sobre los espacios intervertebrales. Este dato es importante al momento de medir al paciente, ya que el hacerlo temprano en la mañana, varía al hacerlo en horas de la tarde; por lo que se recomienda consignar en la historia clínica la hora en la que se realiza la medida.

En recién nacidos, las tablas utilizadas son las de Lubchenco y las de Usher McLean. Las de Lubchenco fueron desarrolladas a 1600 metros a nivel del mar, y las de Usher McLean a nivel del mar; motivo por el que al momento de usar cualquiera de las dos, se debe conocer la altura de la ciudad donde se mide al neonato para la

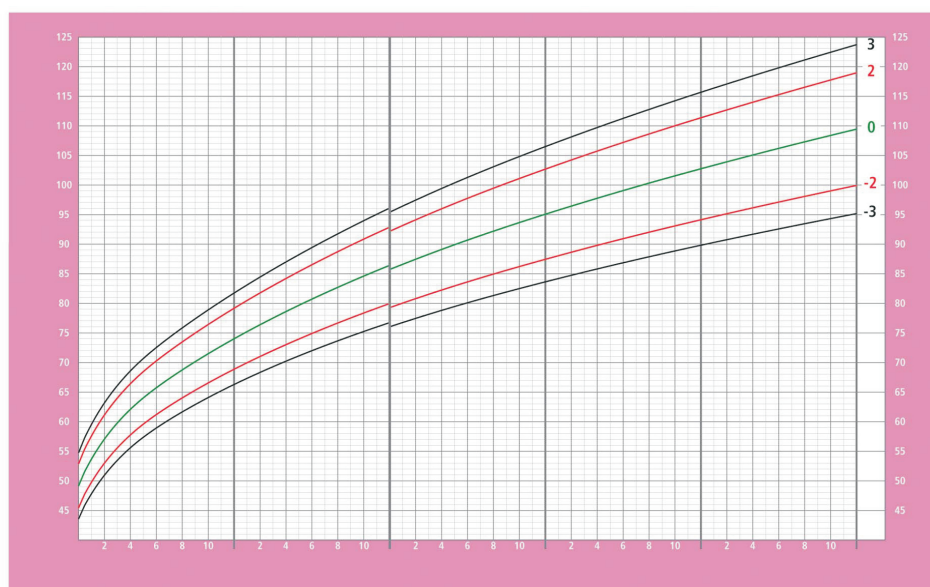


Figura 1. Longitud/estatura para la edad en niñas. Puntuación z del nacimiento a los 5 años

elección de la tabla, ya que la presión parcial de oxígeno influye en el crecimiento intrauterino del feto.

Estas tablas se usan para determinar cómo se encuentra el neonato para su edad gestacional. Todo niño que esté debajo del percentil 10 en peso o en talla, se va a llamar pequeño para la edad gestacional. Éste término difiere del de retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU), que es una medida de velocidad de crecimiento intra-útero y no la determinación de la medida en un solo punto en el tiempo (que en este caso es al nacer).

PATRONES DE CRECIMIENTO NORMAL

Hay que tener en cuenta varios patrones del crecimiento normal; pues el crecimiento no es regular, sino que depende de cada etapa de la vida: 1) el crecimiento más rápido ocurre dentro el útero: la talla promedio de un recién nacido es de 48 a 51 cm y esto ocurre solo en 40 semanas, por ende, cualquier alteración del crecimiento puede reflejar menos centímetros como adulto: si hay falla en esos nueve meses hay compromiso de la talla final como adulto; 2) hacia el cuarto mes de gestación el crecimiento lineal alcanza los 2.5cm/semana, es decir, 130 cm/año; durante los primeros tres meses de vida la velocidad de crecimiento es de 47 cm/año, 3) durante el primer año de vida el niño crece en promedio 25 cm en longitud; 4) la velocidad de crecimiento disminuye a 12

cm/año al finalizar los 12 meses; 5) después de los 2 años y hasta la pubertad, hay una velocidad de crecimiento promedio de 5-7 cm/año, y 6) durante la pubertad se incrementa la talla en 9.5cm/año en los varones y en 8.2cm/año en las mujeres.

Los patrones de crecimiento mencionados son importantes porque al tener un comportamiento no lineal sino por saltos, la periodicidad de los controles de crecimiento en un paciente pediátrico será determinada por estos. Los controles se deben hacer así: 1) en el primer año, se mide cada mes, porque crece 25 cm en ese tiempo; 2) en niños entre 1 y 2 años, cada 3 meses; 3) los puberales, cada 3 meses si se quiere evaluar el crecimiento.

Hay que resaltar que los niños hacen ajustes de velocidad para alcanzar parámetros determinados genéticamente. La talla al nacer de un niño, no depende tanto de la herencia de los padres, sino que obedece más a otros factores, como maternos (nutrición, salud, talla de la madre, tamaño del útero, consumo de cigarrillo o alcohol e infecciones tipo TORCH), fetales (salud y trastornos cromosómicos), y p placentarios (en perfusión como la pre-eclampsia). Hasta los 2 años o máximo los 4 años, se esperan modificaciones en la velocidad de crecimiento para ajustarse al genotipo familiar.

CONTROL NEUROENDOCRINO

Según la etapa del desarrollo, éste control depende de hormonas tiroideas y/o factores tisulares locales (Tabla 1).

In útero, la hormona más importante para el crecimiento en esta etapa es la insulina. La dependencia a ésta hormona en la etapa fetal se observa claramente en los hijos de madres diabéticas que pasan altas cantidades de glucosa al feto estimulando su páncreas para que libere más insulina y es así como al final de la gestación son macrosómicos. La hormona IGF-I actúa en menor proporción.

Al nacer, otra hormona que empieza ayudar en este trabajo es la tiroidea. En el segundo año, aparece el papel de la GH. Cualquier alteración orgánica (cardiopatías, enfermedades pulmonares, infecciones, enfermedades gastrointestinales) afecta de manera general el crecimiento, pues es la etapa de mayor velocidad, por eso el crecimiento constituye una variable semiológica de salud.

De los dos años de edad, hasta la pubertad, el control neuroendocrino es responsable del 75% del crecimiento y es dependiente de la GH; ya no es tan importante la insulina, la IGF-I se vuelve dependiente de la GH. Ahora las alteraciones orgánicas lesionan menos el crecimiento y las lesiones son recuperables.

En la pubertad empiezan a jugar un papel importante los esteroides sexuales. A nivel hormonal, el responsable de éste crecimiento es el estrógeno, que va a madurar la

placa de crecimiento, y a permitir que se dé el estirón. Los hombres tienen menos estrógeno, las mujeres están inundadas de estrógeno, por eso inician primero el estirón, crecen más rápido, pero se madura la placa de crecimiento más rápidamente. La producción de los estrógenos se da a partir de la testosterona usando como enzima la aromatasas, cuando una mujer tiene deficiencia de aromatasas el estrógeno en su organismo es escaso. Fenotípicamente, son mujeres muy altas y con pocos caracteres femeninos. La diferencia entre el hombre y la mujer, es la cantidad de aromatasas.

TÉCNICAS DE MEDICIÓN

Talla. Los niños menores de dos años deben medirse acostados en una superficie dura. Ésta superficie debe tener otro plano en ángulo recto con la base para apoyar la cabeza y otro plano donde apoya los pies pero este debe ser desplazable. Es indicado tomar la medida entre dos personas, una para sostener la cabeza del bebé y la otra para que sostenga las piernas y desplace la tabla. Los mismos requisitos existen para medir al niño de pie, pero en este caso, la superficie móvil, es la de la cabeza y no se requieren dos personas. La línea de Frankfurt, se usa para comprobar la orientación adecuada de los ojos, debe formar un ángulo de 90° con la superficie. Adicionalmente, los niños deben tener los tobillos juntos, piernas rectas, hombros relajados, debe permanecer erecto y la medición se debe hacer cuando esté en inspiración. Idealmente, lo debe hacer el mismo observador.

Peso. El paciente debe estar desnudo y sin pañal, idealmente en la mañana con un ayuno previo de 3 a 4

Tabla 1
Etapas de desarrollo

Características	Mujer	Hombre
Inicio de la pubertad	Entre los 8 y 13 años	Entre los 9 y 14 años
Estirón	Más temprano que los hombres, se da al inicio de la pubertad	Luego de la pubertad; por ello, son 10 cm más altos que las mujeres
Velocidad de crecimiento	En el primer año = 7.5 cm/año En el segundo año = 5.5 cm/año Pueden aumentar entre 6 y 11 cm	En el primer año = 8.7 cm/año En el segundo año = 6.5 cm/año En el año de mayor crecimiento pueden crecer = 7 a 12 cm
Variabilidad del crecimiento	Mayor	Menor
Talla final	4 años después del inicio de la pubertad	5 años después del inicio de la pubertad

horas, con la vejiga e intestino vacío. Si estas condiciones no se pueden garantizar, hay que escribirlo. Usar una balanza apropiada con intervalos de precisión de 10 a 20 gramos, para menores de 2 años, y de 50 a 100 gramos, para niños mayores de ésta edad. Los niños mayores no se necesitan desnudar.

Medidas de los segmentos. El cuerpo humano se puede separar en dos segmentos, el superior y el inferior. En recién nacidos, la relación entre estos dos segmentos es alrededor de 1.7; cuando se acercan a los 4 años, ésta relación disminuye a 1.4, cuando alcanzan la pubertad, entre los 9 y 10 años, ésta relación es de 0.9 a 1, y es igual a la del adulto. Para hacer la medición del segmento inferior, se palpa la sínfisis púbica del paciente y en ella se localiza la cinta métrica, se desciende por todo el centro hasta tocar el piso. El segmento superior se obtiene, restando a la talla la longitud de segmento inferior. La envergadura o brazada, es otra medida, se espera que tenga la misma longitud que la talla con una diferencia de más o menos 5 cm.

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PUBERAL

Para la evaluación del desarrollo puberal, se utiliza la clasificación de Tanner. El Tanner son unas imágenes que se usan para ubicar en 5 estadios los rasgos puberales de un paciente. A continuación se explicará cada una de las gráficas

Para la evaluación de ésta prueba, se recomienda la presencia de la madre o de algún familiar en el consultorio, debido a que para la evaluación se requiere palpar al paciente. En el caso de las adolescentes que por pudor se niegan, se le pueden mostrar las fotos



pertinentes para cada nivel de clasificación y pedirle que nos indique ella o su madre, según las diversas características presentes en el paciente, cual foto se asimila más a su estado

GENITALES MASCULINOS

Se observa tamaño y grueso de pene, qué tan pendulante está el escroto, aparición de vello púbico y el volumen testicular. En la evaluación del volumen testicular se utiliza el orquidómetro de Prader, calibrado en cm^3 , donde 1, 2, 3 = prepuberal y representan el Tanner I; 4 = Tanner II; 4, 5, 6 = pubertad. Si no se cuenta con el orquidómetro de Prader, se puede recurrir a una regla con la cual se mide el eje

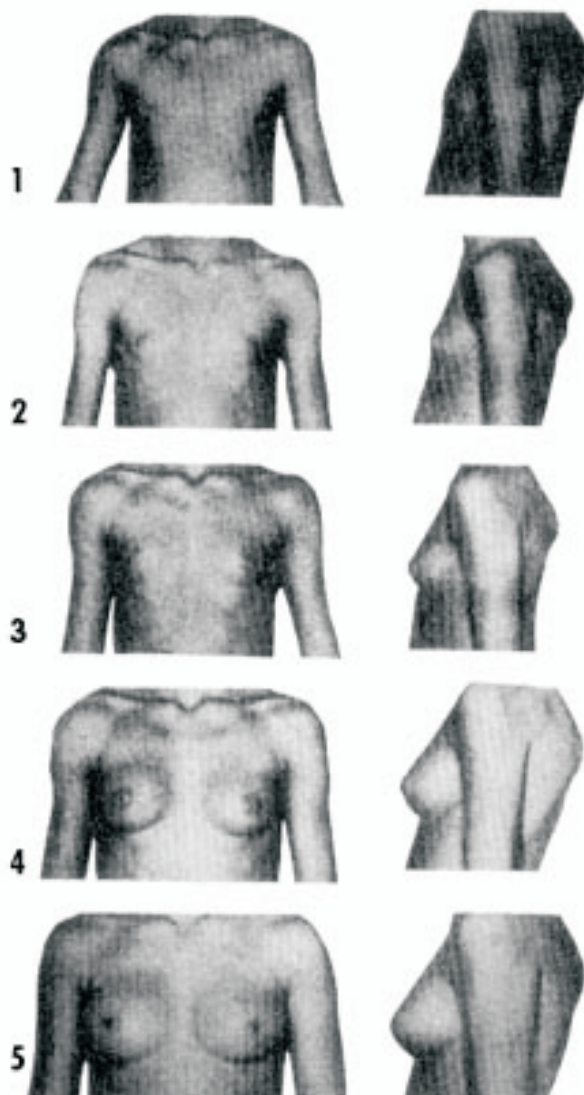


Tabla 2
Glándulas mamarias

Estadio	Características
I	Prepuberal, donde no se palpa ni se observa tejido mamario, solo se palpa el pezón y la coloración de la areola no es pigmentada
II	De frente no se observa mucho, aunque ya se palpa tejido mamario, y de perfil se ve botón mamario, y la areola y pezón protruyen
III	Areola y la glándula mamaria en un mismo plano, puede haber pigmentación de la areola
IV	Areola protruye de la base de la glándula mamaria, hay mayor aumento de la mama
V	Maduro, donde la areola y la glándula mamaria se encuentran en un mismo plano y se diferencia del estadio III, porque hay un aumento en el tamaño de la mama

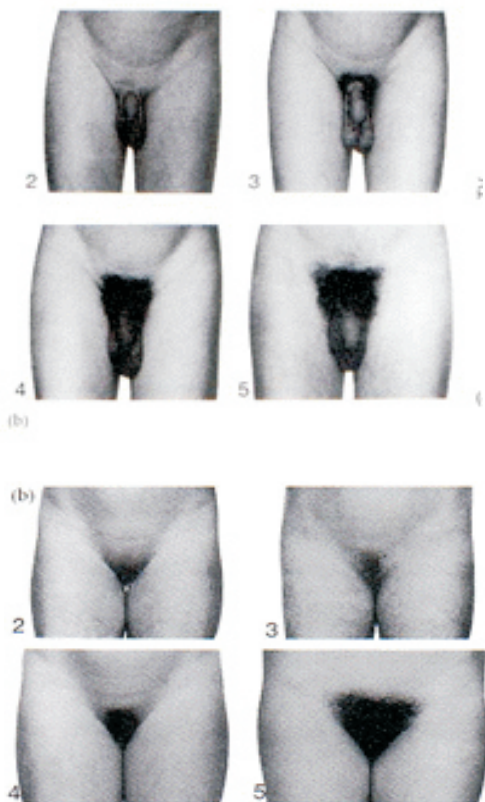
longitudinal del testículo y si el testículo es mayor de 2.5 es Tanner II, y es importante evaluar ambos testículos. El pene también tiene tablas, y este se mide con una regla que es colocada en el dorso y se levanta y estira hasta que sienta un poco de malestar, debe ser medido hasta la punta del glande no en el prepucio, por ende la mejor medición será en una posición erecta y cuando se tiene la medida se revisa la tabla y se clasifica. Hablamos de micropene, de acuerdo al estado puberal. Si el niño es prepuber, se miran sus características y se observa si la medida del pene, está por debajo del percentil 10 según las tablas y así podemos hacer uso del término. El niño debe dar el consentimiento para el examen, si no da la autorización, hay que enseñarle a la mamá para que lo haga o al niño-adolescente para que lo realice. Se debe registrar en la historia clínica el resultado del desarrollo puberal según Tanner.

HISTORIA CLÍNICA ENDOCRINOLÓGICA

Se debe obtener una historia clínica completa, que incluya los antecedentes durante el embarazo, el peso y la talla al nacer, la historia familiar incluyendo la determinación de la estatura de los padres y el tiempo para la pubertad de cada uno (menarca en la mamá y estirón en el papá, ya que hay maduradores lentos). Hay que incluir una evaluación antropométrica completa, que incluya estatura, peso, las relaciones entre segmentos corporales y la búsqueda de estigmas que puedan corresponder a enfermedades sistémicas. La historia auxológica (la interpretación clínica de todas las variables antropométricas en un momento dado en el tiempo) debe ser revisada. Tener en cuenta cualquier determinación previa de la estatura para establecer objetivamente el crecimiento. Debe incluirse un tamizaje con laboratorios generales para establecer la presencia de alguna enfermedad sistémica.

Tabla 3
Vello púbico

Estadio	Características
I	Prepuberal
II	Poco vello, suave, ubicado en el monte pubiano, no lo debemos confundir con el poco vello que se ubica en los labios mayores en algunas niñas antes de la pubertad. En el caso de los niños en la base del pene
III	Vello más oscuro, más áspero, extendido sobre el pubis
IV	Vello oscuro, áspero aunque no hay extensión hacia canal inguinal
V	Vello con características de adulto y con extensión hacia canal inguinal.



ESTIGMAS CLÍNICOS

Síndrome de Turner. Caracterizado por cuello corto, ancho, alado, implantación baja de orejas, implantación baja del cabello, acortamiento del cuarto metacarpiano y metatarsiano, cubito valgo, y linfedema en dorso del pie o de la mano que puede ser neonatal o puede persistir postnatal. Tienen aploinsuficiencia de un gen SOX, responsable de la talla baja (figura 2).

Síndrome de Noonan. Presentan ptosis palpebral, hipertelorismo, implantación baja de orejas, filtro ancho, también podrían tener el cuello corto y alado y son niños y niñas muy bajos, no tendrán alteración de la velocidad de crecimiento pero siempre mantendrán -3 desviaciones estándar (figura 3).

Síndrome de Laron. Pacientes con talla baja, frente ancha prominente, puente nasal deprimido, micrognatia, obesidad troncal y pene pequeño (figura 4).

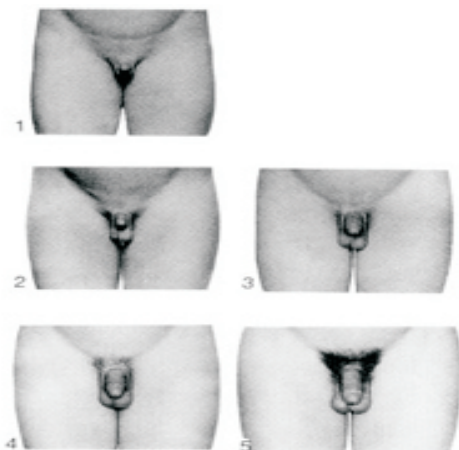
Síndrome de Russell Silver. Cara triangular, clinodactilia del quinto dedo, hemihipertrofia, talla baja, no tienen RCIU pero son pequeños para edad gestacional en peso y talla (figura 5).

Es importante el seguimiento del peso y la talla en un niño, ya que estos son variables indicadoras de calidad de vida y salud, por ejemplo, si observamos un niño, en el que su talla va cayendo y al mismo tiempo su peso va aumentando con el tiempo, se agrega al cuadro un cambio en sus fascias, debemos sospechar varias patologías como un Síndrome de Cushing, hipotiroidismo o un déficit de hormona de crecimiento.

Acondroplasia. Interrupción del desarrollo del cartílago en las epífisis de los huesos, por lo tanto tiene talla baja desproporcionada por risomelia. Risomelia es el acortamiento de las extremidades proximales; mesomelia, el acortamiento de las extremidades medias, y acondrimelia, el acortamiento de las manos o extremidades distales (figura 6).

Tabla 4
Genitales masculinos

Estadio	Característica
I	Los testículos, escroto y pene tienen características infantiles
II	El pene no se modifica, mientras que el escroto y los testículos aumentan ligeramente de tamaño; la piel del escroto se enrojece y se modifica su estructura, haciéndose más laxa; el testículo alcanza un tamaño superior a 2,5 cm en su eje mayor
III	Se caracteriza por testículos y escroto más desarrollados (testículos de 3,3 a 4 cm); el pene aumenta en grosor
IV	Hay mayor crecimiento peneano, con aumento de su diámetro y desarrollo del glande, los testículos aumentan de tamaño (4,1 a 4,5 cm) y el escroto está más desarrollado y pigmentado
V	los genitales tienen forma y tamaño semejantes a los del adulto, largo testicular mayor de 4,5 cm



Síndrome de Leri-Weill. Con mesomelia, deformidad en madalung (deformidad en la muñeca), ésta deformidad por lo general se detecta en la pubertad y éstos pacientes presentan talla baja por la aploinsuficiencia del gen SOX (figura 7).

Síndrome de McCune Albright. Ante una sola mancha café con leche de bordes irregulares y telarca, se debe sospechar éste síndrome, aunque debe haber una triada: hiperfuncionamiento de un órgano endocrino, mutación de subunidad alfa de proteína G y fibrosis polioestótica, que se busca con gammagrafía ósea. Importante diferenciar telarca de pseudotelarca, ésta última, se presenta en obesidad. La telarca prematura solo es una variante de pubertad si no se asocia a vello púbico; y menarca, con aumento en la velocidad de crecimiento o avance en la edad ósea.



Figura 2. Síndrome de Turner

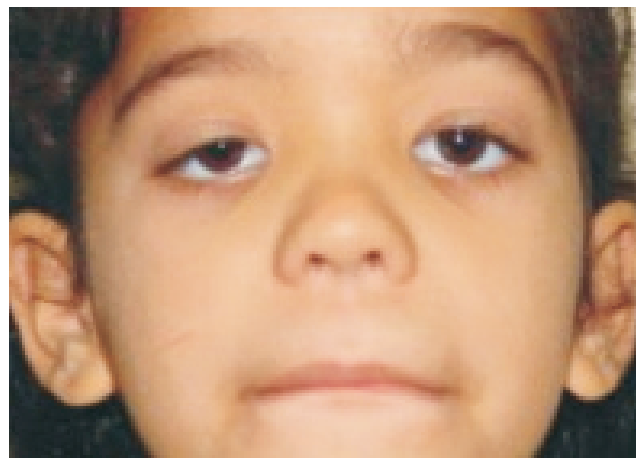


Figura 2. Síndrome de Noonan

Ginecomastia. Piedrilla, tetilla, que puede presentarse como ginecomastia transitoria de la adolescencia, lo cual no es patológico, de presentarse antes de la pubertad definitivamente es patológica, si es muy marcada y se acompaña de testículos menores a 3 cm^3 , que indica ausencia de testosterona, puede tratarse de un Síndrome de Klinefelter.

Síndrome de Prader Willi. Se caracteriza por obesidad, ojos en forma de almendra, manos y pies pequeños, hipogonadismo y signo de pene escondido.

Síndrome de Seckel. Facies de “pajarito”, talla muy pequeña desde el nacimiento.



Figura 4. Síndrome de Laron



Figura 5. Síndrome de Russell Silver

Todos los síndromes anteriores evidencian talla pequeña; para gigantismo, se considera el Síndrome de Marfan (hiperelasticidad).

ESTUDIOS PARACLÍNICOS

Si los estigmas del síndrome como tal no están presentes, deben solicitarse exámenes de laboratorio.

Hemograma. Se solicita para descartar anemia, porque interrumpe el crecimiento.



Figura 6. Acondroplasia



Figura 7. Síndrome de Leri-Weill

VSG. Indicador de inflamación.

Creatinina y nitrógeno uréico. Enfermedades renales que cursan asintomáticas.

Parcial de orina. Por ejemplo, en ayunas el pH debe estar ácido, en caso de estar básico, indica acidosis metabólica.

Anticuerpo anti-transglutaminasa. Sospecha de enfermedad celiaca.

T4 libre. Hipotiroidismo.

IGF I. Deficiencia o resistencia a la hormona de crecimiento GHRH.

Cariotipo. Para Síndrome de Turner, se le envía a toda niña de talla por debajo de 2 desviaciones estándar para la edad, se le toma radiografía de mano izquierda para ver edad ósea con respecto a la edad del paciente, y se toma el Atlas de Greulich y Pyle, donde hay varias imágenes clasificadas por edad con las cuales se comparan las epífisis en radio, ulna y carpo y se determina la edad ósea del paciente.

Actualmente existen tablas y curvas de desarrollo y crecimiento para los pacientes con los diferentes Síndromes (Noonan, Turner), ya que por ejemplo, una niña que padezca Síndrome de Turner, puede dejar de

crecer por hipotiroidismo, cardiopatía, problema renal, por tanto también necesitan un seguimiento.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Sinequia de labios menores. Los labios menores de las niñas están fusionados, se mejora usando estrógenos tópicos en el área y mantener higiene constante para evitar que se fusionen de nuevo, se desconoce el porqué de éste fenómeno

Piel. En endocrinología la piel es importante, se establece cómo es la presencia del vello; se debe diferenciar hipertrichosis de hirsutismo, ya que este último, se da por exceso de andrógenos.

Acné. Es normal en la pubertad, si aparece antes o si es exagerado, puede ser un problema hormonal.

Hiperpigmentación. En zonas no expuestas que se oscurecen con el paso del tiempo, se asocia a hiperfunción de la adrenal con secreción de ACTH o un tumor productor de la misma, que influye sobre la melanocortina produciendo la hiperpigmentación en areola, labios mayores o escroto dependiendo del paciente, si es un recién nacido sospecho una hiperplasia suprarrenal (también se puede presentar en un tumor de ovario).

Escroto bífido y en chal hiperpigmentado. Por hiperplasia suprarrenal; puede presentarse con diarrea y vómito.

Acantosis nigridans. Hiperqueratinización e hiperpigmentación de los pliegues cutáneos, especialmente en la nuca, está asociado a obesidad y resistencia a insulina.

Xantomas. Depósitos de grasa en la piel.

Polidipsia. No es común que las madres reporten exceso de la ingesta de agua por parte de sus hijos, así como tampoco la poliaquiuria, por eso siempre se debe preguntar, estos datos deben estar siempre cuantificados.

Polifagia. Es poco común en niños, ellos tienden más a la anorexia o hiporexia, un motivo de consulta común es “es el niño casi no come”, lo cual indica enfermedad.

Tiroides ectópica. No necesariamente tienen hipotiroidismo, puede ser única o accesoria, de ser accesoria pueden hacer un hipertiroidismo, se puede encontrar en la lengua, en la base de la lengua, en la faringe, etc.

REFERENCIAS

1. Aguirrez B, Pérez C. Talla baja: diagnóstico y seguimiento desde atención primaria. Bol Soc Pediatr Asturias 2006; 46 (Supl 2): 261-264
2. Boquete H. Tercer Consenso Argentino sobre Patologías Endocrinológicas. Endocrinología Pediátrica. RAEM 2009; 46: 38-54
3. Calzada-León R, Dorantes-Álvarez LM, Barrientos-Pérez M. Recomendaciones de la Sociedad Mexicana de Endocrinología Pediátrica, A.C., para el uso de la hormona de crecimiento en niños y adolescentes. Bol Med Hosp Inf Mex 2005; 62: 362-374



4. Comité Nacional de Endocrinología. Tendencias actuales en el tratamiento y seguimiento de la criptorquidia. Arch Argent Pediatr 2009; 107: 176-180
5. Gracia R, Guerrero J, Alcalde A. Urgencias en endocrinología pediátrica. An Pediatr 2004; 60 (Supl 2): 76-78
6. Matallana AM. Semiología endocrinológica. En: Velasco CA, Daza P. Semiología pediátrica. Centro Editorial Catorse: Cali 2012: 221-237
7. Pérez AM, Prieto ML. Trastornos de la pubertad. Bol Soc Pediatr Asturias 2006; 46 (Supl 2): 265-272
8. Quero L. Valoración del estado nutricional. Pediatr Integral 2003; VII: 269-276
9. Ríos P. Urgencias endocrinológicas en pediatría. Protoc Diagn Ter Pediatr 2011; 1: 268-283
10. Rojas MI. Aspectos prácticos de la antropometría en pediatría. Pediatría 2000; 3: 22-26