

---

## Presentación

M. Duelo Marcos

*Pediatra. CS Guayaba, Servicio Madrileño de Salud, Área I I. Madrid. España.*

---

*Rev Pediatr Aten Primaria. 2009;11 Supl 16:s123-s126*

*Mar Duelo Marcos, mmduelo@pap.es*

Este suplemento monográfico tiene como objetivo hacer un repaso del diagnóstico y seguimiento de la patología endocrinológica más frecuente y conocer las novedades.

La patología endocrinológica, en un centro de salud de una zona urbana con una población de 1.100 pacientes atendidos durante 2 años, refleja la realidad de la consulta del pediatra de Atención Primaria (AP): 70 niños con obesidad y sobrepeso, 3 con hipotiroidismo, 3 niños con pubertad precoz, 2 con talla baja, 2 diabéticos y 1 con síndrome metabólico. Un 7,5% del total de la población<sup>1</sup>.

Es responsabilidad del pediatra el cuidado integral del niño y del adolescente; ya que es el que mejor conoce el patrón individual del crecimiento y desarrollo y el que detecta sus alteraciones, cuyo diagnóstico precoz es fundamental. Para ello los controles de salud son un buen momento para investigar la presencia de

signos de sospecha de disfunción endocrinológica.

Gracias al seguimiento, a lo largo de los años, del desarrollo físico se descubre si existe talla baja o enlentecimiento de la velocidad de crecimiento, que requerirá estudio para despistaje de patología. El pediatra debe decidir qué casos deriva al especialista y cuáles continúan su seguimiento en AP. Dentro del tratamiento de la talla baja se han admitido nuevas indicaciones para el tratamiento con hormona de crecimiento<sup>2</sup>.

La aparición de caracteres sexuales precoces es motivo de alarma para la familia y causa frecuente de consulta, hay que diferenciar una pubertad precoz verdadera, que precisa derivación urgente al endocrinólogo, de una pubertad adelantada. No se debe confundir desarrollo puberal con la presencia aislada de vello púbico a edades precoces, situación en la que con una edad ósea y una velocidad

de crecimiento aceleradas se debe descartar hiperandrogenismo (forma tardía de la hiperplasia suprarrenal congénita por déficit de 21-hidroxilasa).

La alteración de la función tiroidea en los niños es muy frecuente. Los programas de detección precoz del hipotiroidismo congénito han permitido precisar su incidencia en los países desarrollados, siendo actualmente de 1 caso por cada 2.500-3.000 recién nacidos. Pero más allá del período neonatal, el hipotiroidismo puede presentarse como un conjunto de signos y síntomas con o sin bocio que deben alertar sobre esta posibilidad: hipotiroidismo moderado en el que predomina el retraso del crecimiento, hipotiroidismo subclínico y la enfermedad tiroidea autoinmunitaria, como el hipertiroidismo.

Aunque la diabetes tipo 1 es poco prevalente, el pediatra debe estar alerta para realizar un diagnóstico precoz y evitar las complicaciones de la cetoacidosis; además la insulinización precoz podría conservar parcialmente la reserva pancreática y facilitar el control metabólico futuro. Hay que diferenciar la diabetes tipo 1 de situaciones clínicas de estrés (traumatismos importantes, enfermedad con gran componente inflamatorio, tratamiento con corticoides) con glucemias elevadas que no tienen importancia clínica. Si en

los días o semanas previas el paciente no presentaba síntomas "poli" (polifagia, polidipsia, poliuria), aunque la glucemia sea alta, no puede etiquetarse de diabetes. También existen novedades en su tratamiento con nuevas insulinas: análogos de la insulina<sup>3</sup> de acción retardada (suplen la secreción basal) y rápida (cubren la ingesta).

La epidemia mundial de obesidad, especialmente en los países desarrollados, y en todas las franjas de edad, se ha convertido en un problema de salud pública. Con mucho es la patología más prevalente endocrinológica en la consulta. La obesidad infantil es un factor de riesgo independiente para padecer obesidad de adulto. Con la edad este riesgo se incrementa, de forma que si un niño es obeso a los 5-7 años, tiene un 69% de posibilidades de serlo en la vida adulta y si lo es a los 10-14 años, esa posibilidad aumenta hasta el 83%<sup>4</sup>. El sobrepeso en la adolescencia es el factor de riesgo más importante de sobrepeso en el adulto<sup>5</sup>. El sobrepeso/obesidad en la adolescencia, independientemente del índice de masa corporal (IMC) que se alcance en el adulto, incluso aunque se adelgace, supone un riesgo relativo de mortalidad por cualquier causa de 1,8 y un riesgo relativo de 2,3 de mortalidad cardiovascular entre los 68-73 años.

El síndrome metabólico, constituido por un conjunto de alteraciones que conllevan un aumento del riesgo cardiovascular, de diabetes tipo 2 y de hígado graso no alcohólico<sup>6</sup>, es cada vez más frecuente, con una prevalencia del 28% en los adolescentes obesos. Es un problema importante de salud en el adulto, pero cada vez más también en la población pediátrica. En una cohorte de 771 niños reevaluados 25 años después, la presencia de síndrome metabólico infantil predijo la existencia de enfermedad cardiovascular (*odds ratio* 14,6) y de síndrome metabólico en el adulto (*odds ratio* 6,2). La prevalencia de síndrome metabólico en la infancia fue del 4% y en la edad adulta del 27%<sup>7</sup>.

Otras complicaciones de la obesidad manifestadas en la infancia son los problemas respiratorios (síndrome de apnea del sueño, asma, hipoventilación), digestivos (colelitiasis, esteatosis hepática), endocrinológicos (hipercrecimiento, adelantado puberal), ortopédicos (genu valgo,

epifisiolisis femoral), y los problemas psicológicos y de discriminación social y laboral (a los 6 años el obeso ha interiorizado el mensaje social de que "ser gordo es malo")<sup>4</sup>.

Aunque no existe evidencia de eficacia a largo plazo de ninguna medida para prevenir la obesidad infantil, una revisión Cochrane concluye que las estrategias que favorecen aumentar la actividad física y disminuir las conductas sedentarias son las más eficaces<sup>7</sup>. Desde AP el tratamiento debe dirigirse a conseguir un estilo de vida saludable.

Una vez diagnosticada la patología endocrinológica, el pediatra de AP coordinado con el endocrinólogo seguirá la respuesta al tratamiento, y apoyará a la familia y al niño en el autocuidado y educación de su enfermedad.

Confío en que el contenido de este trabajo aporte conocimientos que sean satisfactorios y útiles para los profesionales y redunde en una mejor asistencia a nuestros pacientes.

---

## Bibliografía

1. Fernández Segura ME, García García E. Preguntas más frecuentes en endocrinología pediátrica. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2008;10 supl 2:s65-s79.
2. Argente J, Martos Moreno GA. Indicación del tratamiento con hormona de crecimiento en

el RCIU. En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2005*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. p. 11-7.

3. Barrio R, Gussinyé M, Hermoso F, González A, Gómez MJ, López C, y cols. *Insulinoterapia 2006. Tratamiento insulínico en el niño y adolescente*. Comisión de Diabetes Infantil de la Sociedad

Española de Endocrinología Pediátrica [consultado el 18/09/2009]. Disponible en [www.seep.es/privado/prpubli.htm](http://www.seep.es/privado/prpubli.htm)

4. Guo SS, Wu W, Chumlea WC, Roche AF. Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. *Am J Clin Nutr.* 2002;76:653-8.

5. Grupo de Trabajo de Genética Molecular. Genética molecular en la Endocrinología pediátrica. Laboratorios de investigación y/o diagnóstico

2003. Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica [consultado el 18/09/2009]. Disponible en [www.seep.es/privado/prpubli.htm](http://www.seep.es/privado/prpubli.htm)

6. Ten S, Maclaren N. Insulin resistance in children. *J Clin Endocrinol Metab.* 2004;89:2526-39.

7. Morrison JA, Friedman LA, Gray-McGuire C. Metabolic syndrome in childhood predicts adult cardiovascular disease 25 years later: the Princeton lipid research clinics follow-up study. *Pediatrics.* 2007;120:340-5.

