

6. Tatton-Brown K, Douglas J, Coleman K, Baujat G, Cole TR, Das S, et al. Genotype-phenotype associations in Sotos syndrome: an analysis of 266 individuals with NSD1 aberrations. *Am J Hum Genet.* 2005;77:193–204.
7. Giurgea I, Bellanné-Chantelot C, Ribeiro M, Hubert L, Sempoux C, Robert JJ, et al. Molecular mechanisms of neonatal hyperinsulinism. *Horm Res.* 2006;66:289–96.
8. Sotos JF, Argente J. Overgrowth Disorders Associated with Tall Stature. *Ad Ped.* 2008;55:213–54.

I. González Casado^a, A. De la PuenteArévalo^{a,*},
O. López Moreira^b, P. Lapunzina^c y R. Gracia Bouthelier^a

^a Servicio de Endocrinología Infantil, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^b Servicio de Endocrinología Infantil, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^c Instituto de Genética Médica y Molecular (INGEMM), Hospital Universitario La Paz, IdiPAZ, UAM y CIBERER, ISCIII, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anapunteravalore@hotmail.com
(A. De la PuenteArévalo).

doi:10.1016/j.anpedi.2011.11.004

Talla baja idiopática

Idiopathic short stature

Sr. Director:

Las conclusiones suscritas por Carrascosa et al.¹ en el artículo «Talla baja idiopática. Revisión y puesta al día» podrían estar insuficientemente justificadas por las referencias aportadas y por la bibliografía.

Se valora la talla baja idiopática como entidad clínica cuando, aun reconociendo su carácter heterogéneo, podría más bien valorarse como una característica biológica. Al etiquetarla como entidad clínica se abre el camino a una búsqueda diagnóstica y terapéutica.

Los autores comentan los problemas de los tests de estimulación de hormona de crecimiento. Dado que en este caso estamos hablando de un diagnóstico que se debe descartar, el de déficit de hormona de crecimiento, cabría la posibilidad de que el cribado con la auxología, IGF-1 y RM fuera suficiente², al menos en los casos con menos desviación de la talla.

Los autores concluyen que «...la utilización de GH en el tratamiento de la TBI sería segura y eficaz, aunque existe una amplia variabilidad en la respuesta individual». En este sentido, se debe destacar la escasez de estudios de calidad, aleatorizados, controlados, y con talla final³⁻⁵ que hayan investigado el efecto de la hormona de crecimiento en niños con talla baja idiopática; en ellos, la ganancia final de talla sobre controles es de 3,4 a 4,2 cm. ¿Es esta ganancia de estatura suficiente para justificar un tratamiento caro, agresivo, y del que desconocemos si puede tener efectos adversos a largo plazo, en niños con talla baja? Si bien los autores lo sugieren, hay un cuerpo de literatura crítico con esta indicación, no sólo de investigadores⁶⁻⁹, sino también de pacientes¹⁰.

Ante el enorme potencial de gasto que supondría una hipotética aprobación de esta indicación se propone que la utilización equitativa de recursos limitados en la sanidad pública debiera hacernos ser muy cautos en propuestas expansivas de tratamientos hormonales no sustitutivos^{11,12}.

Bibliografía

1. Carrascosa A, Fernandez LA, Gracia BR, Lopez Siguero JP, Pombo AM, Yturriaga R. Talla baja idiopática. Revisión y puesta al día. *An Pediatr (Barc).* 2011;75:204.

2. Badaru A, Wilson DM. Alternatives to growth hormone stimulation testing in children. *Trends Endocrinol Metab.* 2004;15:252–8.

3. Deodati A, Cianfarani S. Impact of growth hormone therapy on adult height of children with idiopathic short stature: systematic review. *BMJ.* 2011;342:c7157.

4. Leschek EW, Rose SR, Yanovski JA, Troendle JF, Quigley CA, Chipman JJ, et al. Effect of growth hormone treatment on adult height in peripubertal children with idiopathic short stature: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Endocrinol Metab.* 2004;89:3140–8.

5. Albertsson-Wikland K, Aronson AS, Gustafsson J, Hagenas L, Ivarsson SA, Jonsson B, et al. Dose-dependent effect of growth hormone on final height in children with short stature without growth hormone deficiency. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008;93:4342–50.

6. Guyda HJ. Four decades of growth hormone therapy for short children: what have we achieved. *J Clin Endocrinol Metab.* 1999;84:4307–16.

7. Sandberg DE, Colsman M. Growth hormone treatment of short stature: status of the quality of life rationale. *Horm Res.* 2005;63:275–83.

8. Collett-Solberg PF. Update in growth hormone therapy of children. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011;96:573–9.

9. Allen DB. Lessons Learned from the hGH Era. *J Clin Endocrinol Metabol.* 2011;96:3042–7.

10. Zimet GD, Owens R, Dahms W, Cutler M, Litvene M, Cuttler L. Psychosocial outcome of children evaluated for short stature. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1997;151:1017–23.

11. González de Dios J, González Rodríguez MP. Niños con talla baja idiopática y tratamiento con hormona de crecimiento: situación actual. *Evid Pediatr.* 2011;7:55.

12. López Siguero JP. Talla baja idiopática y hormona de crecimiento: bastantes dudas y algunas recomendaciones. *Evid Pediatr.* 2011;7:51.

F. Calvo Rigual^{a,*} y L. Blasco González^b

^a Servicio de Pediatría, Hospital de Xàtiva, Xàtiva, Valencia, España

^b Servicio de Pediatría, Hospital de Sagunto, Sagunto, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: calvo_fer@gva.es (F. Calvo Rigual).

doi:10.1016/j.anpedi.2011.11.014