

# FALLO DE MEDRO: APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA



Nombre: Arantxa Martínez Zamora (Rotatorio Pediatría)  
Tutora: M<sup>a</sup> del Carmen Vicent (Lactantes)

# CASO CLÍNICO

MAP



Somnolencia  
Pérdida de apetito

HGUA  
→  
Lactantes



Fallo de medro



Lactante 2 meses

RNPT 35+6 semanas  
PEG 1960g  
Ingreso en Neonatología  
Anemia (10/02) en tratamiento

# CASO CLÍNICO

MAP



Somnolencia  
Pérdida de apetito

HGUA  
→  
Lactantes



Fallo de medro



Lactante 2 meses

RNPT 35+6 semanas  
PEG 1960g  
Ingreso en Neonatología  
Anemia (10/02) en tratamiento

# CASO CLÍNICO

MAP



Somnolencia  
Pérdida de apetito

HGUA  
Lactantes



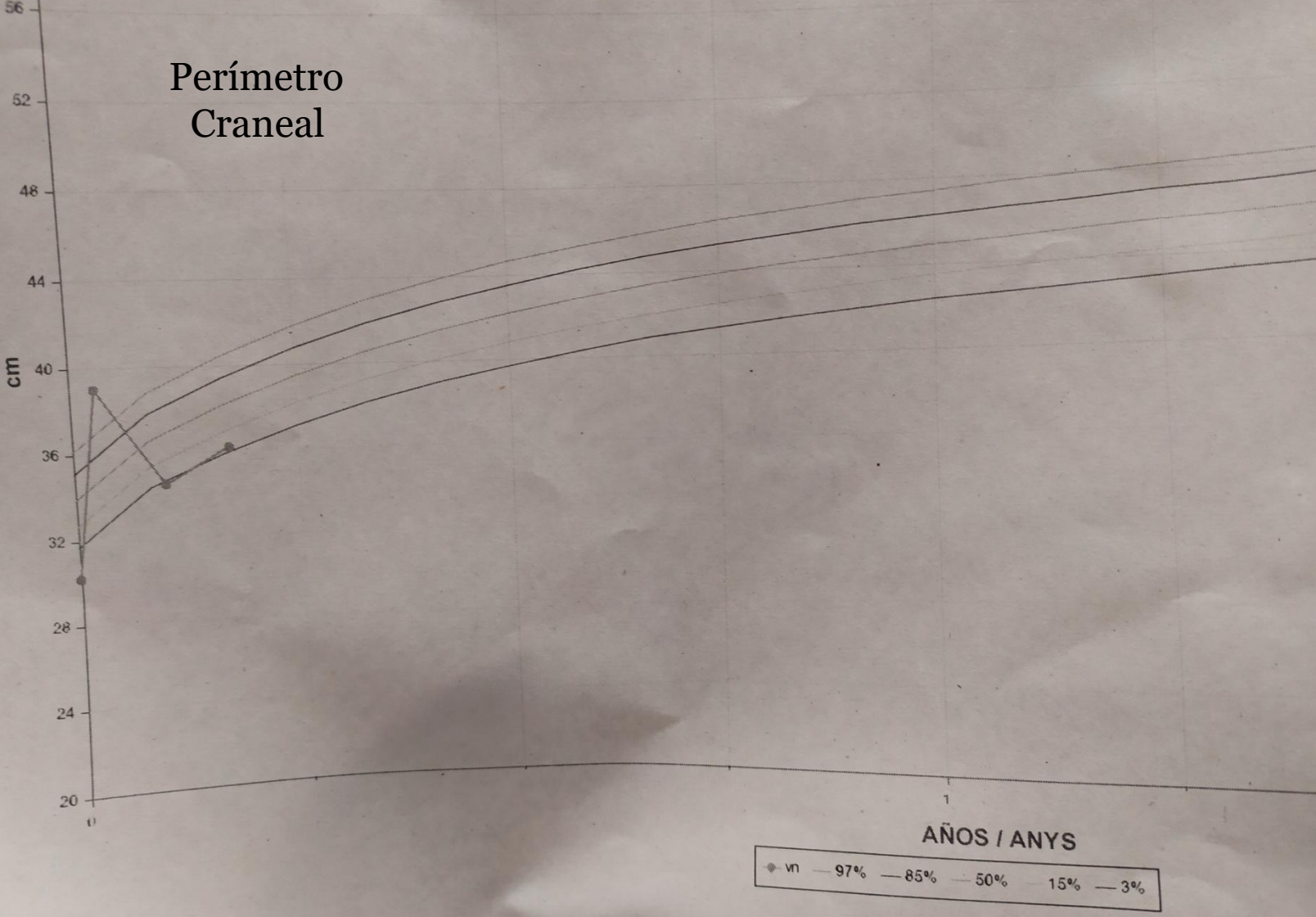
Fallo de medro

## ¿QUÉ ES EL FALLO DE MEDRO?



Según la definición de la AEPED<sup>1</sup>, es la incapacidad para mantener una velocidad de crecimiento normal (en peso y/o talla), en menores de tres años que supone un riesgo para el niño.

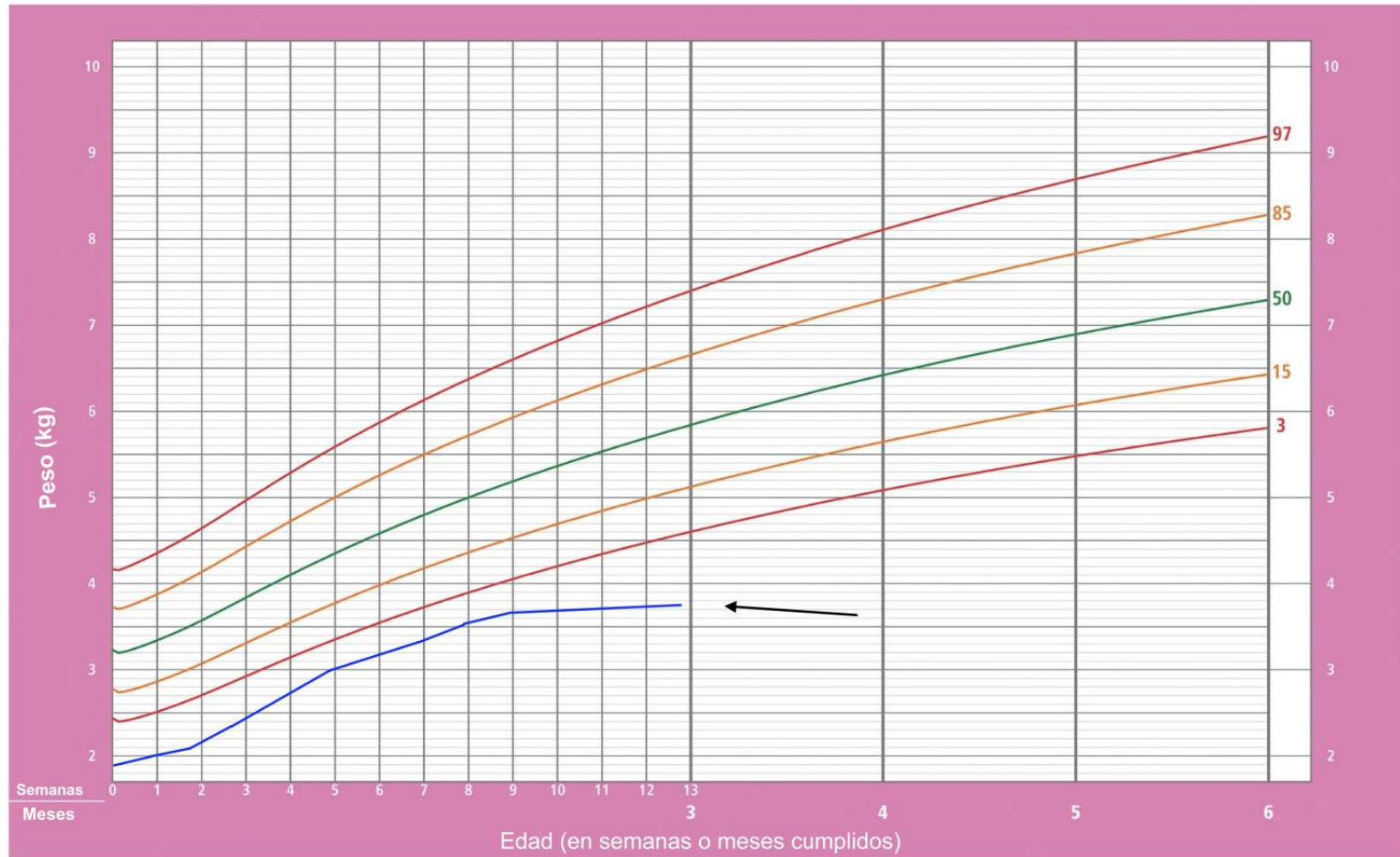
# Perímetro Craneal



# Peso para la edad Niñas



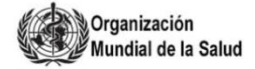
Percentiles (Nacimiento a 6 meses)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS



# Longitud para la edad Niñas



Percentiles (Nacimiento a 6 meses)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

# EPISODIO ACTUAL

Leve tos y mucosidad.  
Dos vómitos abundantes y amarillentos.  
Diuresis conservada. No cambios en aspecto.  
Deposiciones habituales.  
Apetito e ingesta ↓ : LA 70/90 mL

## Somatometría

Peso: 3,9 kg (p5)  
Talla: 52,5 cm (p4)  
PC: 37 cm (p6)

## Constantes

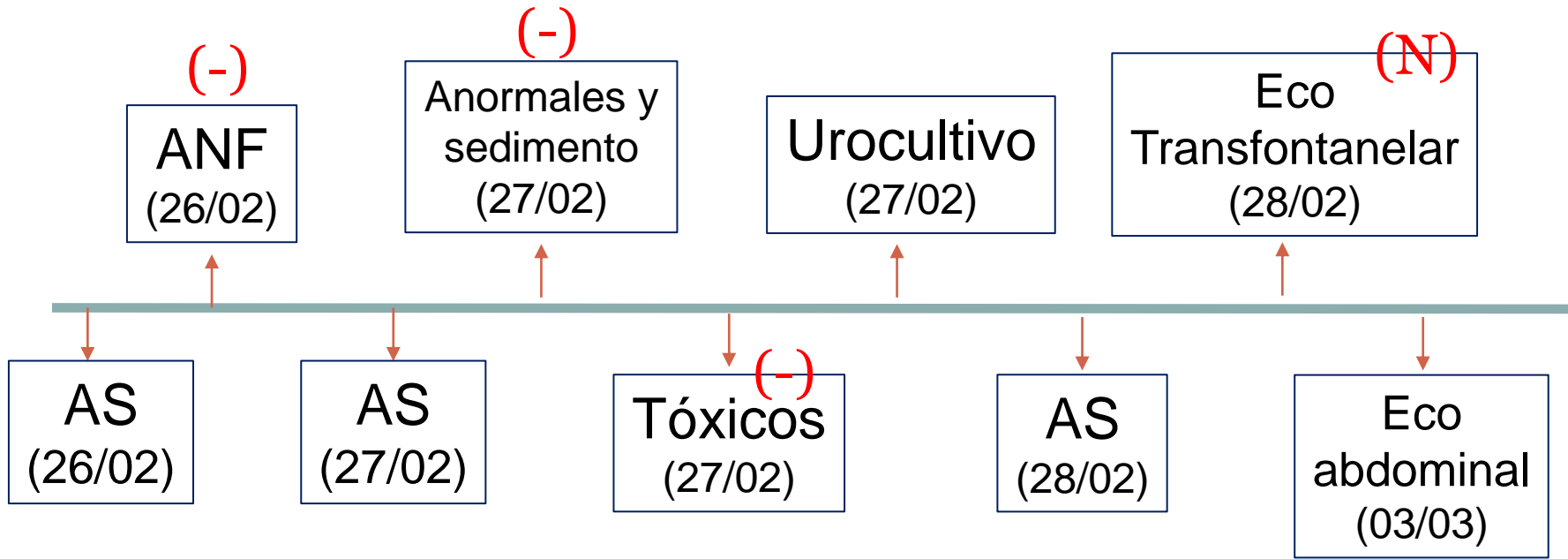
T<sup>a</sup>: 37 °C  
FC: 156 lpm  
FR: 46 rpm

## Neurológico

Levemente hipoactiva  
Hipotonía cervical



# PRUEBAS DIAGNÓSTICAS



	AS (26/02)	AS (27/02)	AS (28/02)
Glucosa (mg/dL)	86	58	75
Sodio (mmol/L)	137	137	139
Potasio (mmol/L)	5,5	7,5	5,7
Cloruro (mmol/L)	108	108	115
Calcio (mg/dL)	10,2	10,6	9,4
PT (g/dL)	6,2	6,3	5,2
GOT (U/L)	114	105	50
GTP (U/L)	65	73	49
PCR (mg/dL)	3,37	3,77	0,95
Procalcitonina (ng/mL)	0,08	-	-
pH	7,26	7,37	<b>Perfil férrico</b> <b>Perfil lipídico</b> <b>BQ especial</b>
pCO2 (mmHg)	48	39,7	
HCO3 (mmol/L)	21,5	22,7	
Lactato (mmol/L)	4,5	1,7	

	AS (26/02)	AS (27/02)	AS (28/02)
Glucosa (mg/dL)	86	58	75
Sodio (mmol/L)	137	137	139
Potasio (mmol/L)	5,5	7,5	5,7
Cloruro (mmol/L)	108	108	115
Calcio (mg/dL)			9,4
PT (g/dL)			5,2
GOT (U/L)			50
GTP (U/L)	65	73	49
PCR (mg/dL)	3,37	3,77	0,95
Procalcitonina (ng/mL)	0,08	-	-
pH	7,26	7,37	
pCO2 (mmHg)	48	39,7	
HCO3 (mmol/L)	21,5	22,7	
Lactato (mmol/L)	4,5	1,7	

**Urocultivo (27/02)**  
**E. Coli 50.000 UFC/mL**

Perfil férrico  
Perfil lipídico  
BQ especial

	AS (26/02)	AS (27/02)	AS (28/02)
Glucosa (mg/dL)	86	58	75
Sodio (mEq/L)			139
Potasio (mEq/L)			4,2
Cloruro (mEq/L)			102
Calcio (mg/dL)			10,2
PT (s)			13,5
GGT (U/L)			15
GT (U/L)			15
PCR (mg/dL)			5
Procalcitonina (pg/mL)			0,05
pH	7,26	7,37	
pCO2 (mmHg)	48	39,7	
HCO3 (mmol/L)	21,5	22,7	
Lactato (mmol/L)	4,5	1,7	

## Eco abdominal (03/03)

**“Lesión sólida en región suprarrenal derecha, que impronta y desplaza riñón ipsilateral”**

**1ª sospecha: Neuroblastoma**  
**Menos probable: Adenoma**

Perfil férrico  
 Perfil lipídico  
 BQ especial

**Tabla 1.** Clasificación fisiopatológica del fallo de medro.

Causas primarias	Causas secundarias	
Ingesta insuficiente o inadecuada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta insuficiente</li> <li>• Ingesta calórica inadecuada</li> <li>• Negligencia/maltrato</li> <li>• Deprivación psicoafectiva</li> <li>• Mala interacción padres-hijo</li> <li>• Mala técnica alimentaria: lactancia materna</li> <li>• Expectativas inapropiadas</li> <li>• Dieta inadecuada</li> <li>• Dietas aberrantes</li> <li>• Rechazo de alimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mal apetito</li> <li>• Aversiones alimentarias</li> <li>• Trastornos de la conducta alimentaria del lactante. Anorexia del lactante. Desorden evitativo restrictivo en la ingesta de comida (DSM-V)</li> <li>• Trastornos alimentarios postraumáticos</li> <li>• Incapacidad para la succión-deglución</li> <li>• Disfunción oral motora</li> <li>• Malformaciones orofaciales: paladar hendido, anquiloglosia</li> </ul>
Incapacidad para la utilización de nutrientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflujo gastroesofágico-esofagitis-estenosis piloro</li> <li>• Enteropatías malabsortivas: enfermedad celíaca</li> <li>• Malformaciones intestinales: malrotación, atresia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intestino corto</li> <li>• Alergia e intolerancia alimentaria</li> <li>• Errores del metabolismo</li> </ul>
Requerimientos aumentados o especiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patología pulmonar crónica</li> <li>• Displasia broncopulmonar</li> <li>• Fibrosis quística</li> <li>• Bronquiectasias</li> <li>• Patología cardíaca</li> <li>• Fallo cardíaco/cardiopatías congénitas</li> <li>• Patología oncológica</li> <li>• Neuroblastoma</li> <li>• Tumor de Wilms</li> <li>• Síndrome diencefálico</li> <li>• Patología quirúrgica</li> <li>• Patología del SNC</li> <li>• Encefalopatías neonatales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parálisis cerebral infantil</li> <li>• Metabopatías</li> <li>• Patología infecciosa-inmunitaria</li> <li>• Hepatitis neonatales</li> <li>• VIH</li> <li>• Inmunodeficiencias</li> <li>• Patología endocrinológica</li> <li>• Resistencia a insulina (CIR)</li> <li>• Hipertiroidismo</li> <li>• Patología nefrourológica</li> <li>• Acidosis tubular renal</li> <li>• Patología aguda recurrente</li> <li>• Síndromes genéticos/cromosomopatías</li> </ul>

**Fuente:** de Hoyos-López MC, León-Jiménez JP, Puente-Ubierna N, Barasoain-Millán A, Bezanilla-López C, Botija-Arcos G, *et al* (2).



# EVOLUCIÓN

1. Actitud expectante hasta resultados PPCC.
2. Urocultivo → E. Coli → ABT i.v (cefotaxima) →  
ABT oral (cefixima)
3. Realización de ecografía renal (protocolo ITU)
4. Lesion suprarrenal → sugestiva Neuroblastoma.
5. Cambio de servicio a oncología pediátrica.



# BIBLIOGRAFÍA

- (1) Herrero-Álvarez M, García-Calatayud S. Fallo de medro. Protoc diagn ter pediatr. 2023;1:491-504. [En línea] [Fecha de consulta: 24-03-2025].  
Disponible en:  
[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/40\\_fallo\\_medro.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/40_fallo_medro.pdf)
- (2) de Hoyos-López MC, León-Jiménez JP, Puente-Ubierna N, Barasoain-Millán A, Bezanilla-López C, Botija-Arcos G, *et al.* Fallo de medro en Pediatría de Atención Primaria: recomendaciones para su abordaje y seguimiento . Rev Pediatr Aten Primaria. 2024;26:17-29. [En línea] [Fecha de consulta: 24-03-2025]. Disponible en: <https://pap.es/articulo/14070/fallo-de-medro-en-pediatria-de-atencion-primaria-recomendaciones-para-su-abordaje-y-seguimiento>
- (3) Barrio-Merino A, Calvo-Romero C. Evaluación del niño con fallo de medro. Protoc diagn ter pediatr. [En línea] [Fecha de consulta: 24-03-2025].  
Disponible [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/9-fallo\\_medro.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/9-fallo_medro.pdf)

