

Desnutrición grave con ingesta conservada



Sofía Hernández Zaragoza (Rotatorio Pediatría)
Tutor: Dr. Óscar Manrique Moral (Medicina Digestiva)

Caso clínico

Niña de 2 años que ingresa en planta desde UCIP.

AP:

- Hemorragia de glioma hipotalámico.
- Neurofibromatosis tipo 1.

→ Desnutrición marcada pese a ingesta.
En tratamiento con corticoides.



Anamnesis y exploración física

- Pérdida de peso desde septiembre.
- Realiza 5 comidas/día.
- No rechazo alimentario. No vómitos. No diarrea.
- Sin datos clínicos de malabsorción.

EF:

- Caquexia marcada → desaparición de panículo adiposo glúteo. Signo del pliegue positivo sin deshidratación.
- Manchas café con leche.

Pruebas diagnósticas

AS: parámetros dentro de la normalidad.

Antropometría:

- Peso: 7,4 kg (<P1) (previo 8,7kg P50 -75)
- Talla: 82, 5 cm (P15)
- IMC: 10,87 (<P1)

Índices nutricionales:

- Waterlow peso: 67% → desnutrición grave aguda.
- Waterlow talla: 96% → crecimiento lineal conservado.
- Relación peso/talla <P1
- Índice triponderal <P1

Pruebas

AS: parámetros dentro de

Antropometría:

- Peso: 7,4 kg (<P1) (pre)
- Talla: 82, 5 cm (P15)
- IMC: 10,87 (<P1)

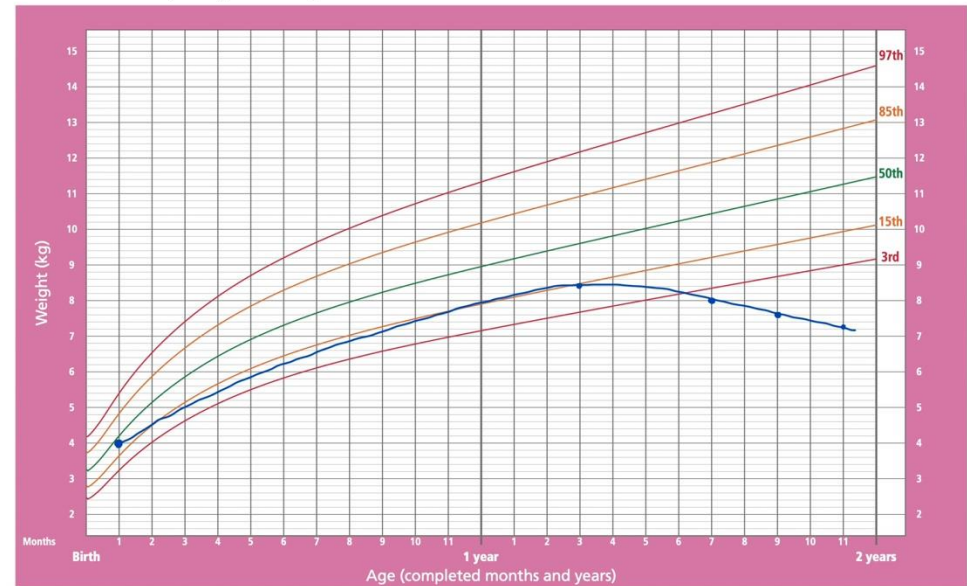
Índices nutricionales:

- Waterlow peso: 67% →
- Waterlow talla: 96% →
- Relación peso/talla <P1
- Índice triponderal <P1



Weight-for-age GIRLS

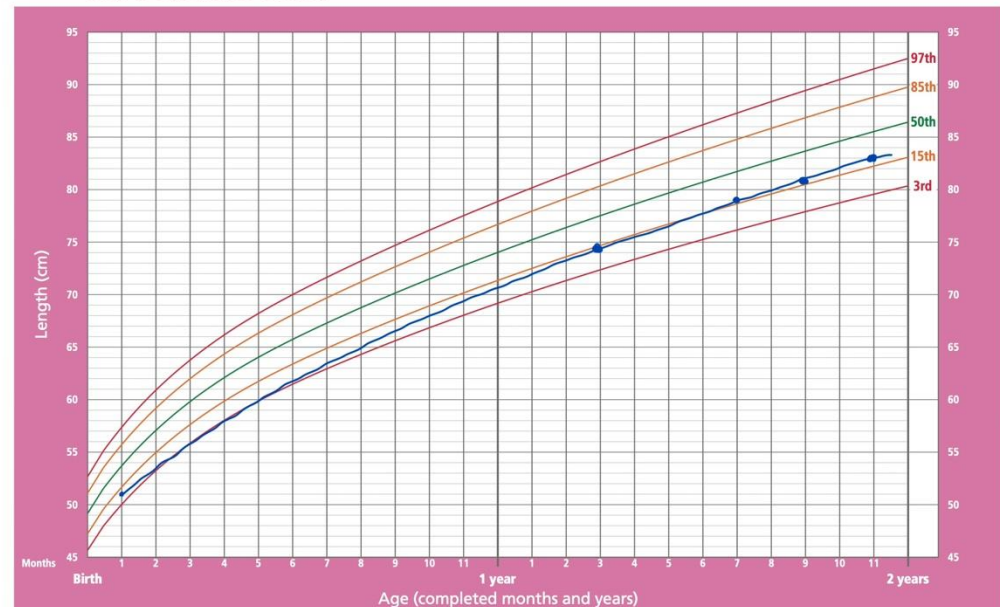
Birth to 2 years (percentiles)



WHO Child Growth Standards

Length-for-age GIRLS

Birth to 2 years (percentiles)



WHO Child Growth Standards

Pruebas diagnósticas

Pliegues:

T: 2,3 mm B: 2,4 mm SI: 2,5 mm SE: 3,2 mm

Perímetro braquial: 10 cm.

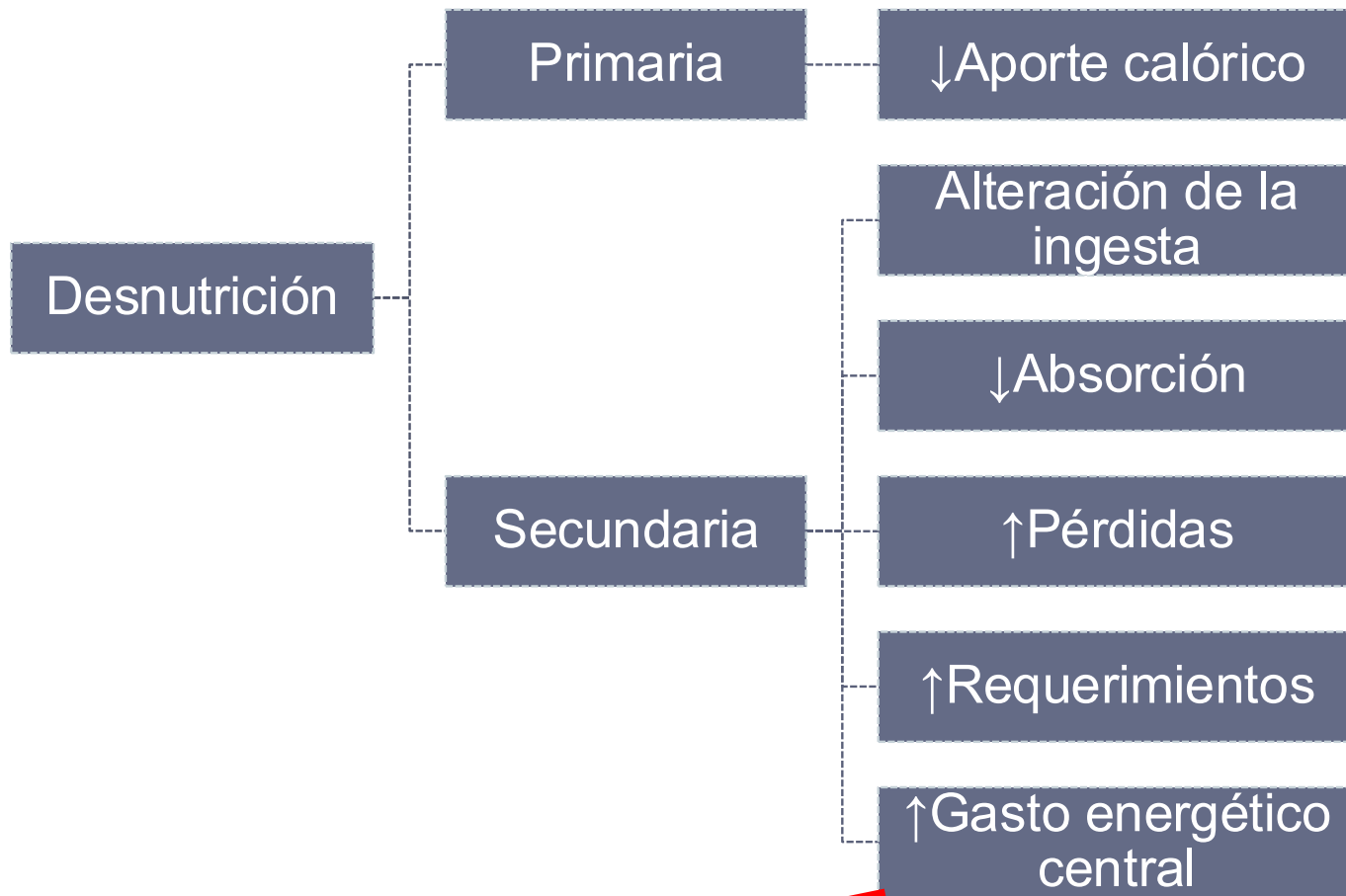
Bioimpedancia:

- Impedancia: 589 Ω
- Resistencia: 588 Ω
- Reactancia: 29,2 Ω
- Ángulo de fase: 2,8° → **estado catabólico.**



Ecografía cuádriceps: < 1,5 mm.

Diagnóstico diferencial



RMN cerebral: lesión supraselar/hipotalámica
Caquexia diencefálica

Caquexia diencefálica o Sd. de Russell

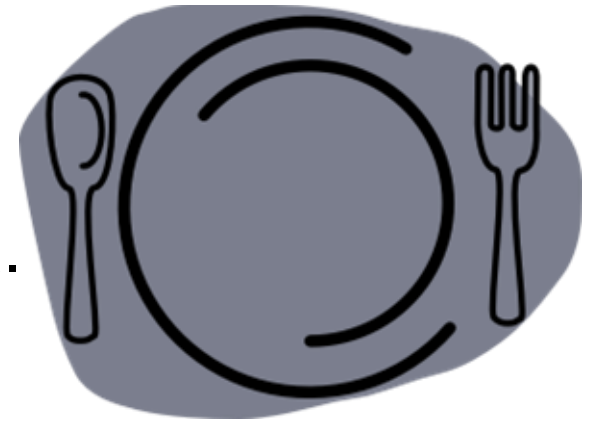
AEP: conjunto de signos y síntomas relacionados con una disfunción hipotalámica y cuyos rasgos característicos son una marcada malnutrición a pesar de una ingesta calórica normal y la apariencia de alerta.

Desnutrición por exceso de gasto energético, no por falta de ingesta.

Tratamiento y evolución

Objetivo → recuperación ponderal acelerada → 10 kg en 8 semanas.

- GEB: 400 kcal/día.
 - GET: 560 kcal/día.
 - Energía de recuperación: 230 kcal/día.
- Aporte necesario: $\approx$ 800 - 900 kcal/día.



Prevención del síndrome de realimentación.

Buena evolución, recuperación ponderal progresiva.
Inicio de tratamiento tumoral.

Conclusiones

- Importancia de la anamnesis.
- La malnutrición no siempre es de origen digestivo.
- Desnutrición con ingesta conservada y talla preservada: pensar en aumento del gasto energético y descartar origen central.
- Sólo la nutrición no corrige la caquexia diencefálica.
- El tratamiento definitivo es el control tumoral.

Bibliografía

1. Sánchez Juan CJ, Real Collado JT. Malnutrición. Concepto, clasificación, etiopatogenia. Principales síndromes. Medicine (Madr). 2002;8(87):4669-74.
2. Moreno Villares JM, Fernández Carrión F, Gallego Fernández ME, Muñoz González A, Manzanares López-Manzanares J, Rodrigo Alfageme M. Síndrome diencefálico: una causa poco común de malnutrición. An Pediatr (Barc). 2002;56(5):466-71.
3. Segarra Cantón O, Redecillas Ferreiro S, Clemente Bautista S, editores. Guía de nutrición pediátrica hospitalaria. 5ª ed. Barcelona: Ergón; 2021. Disponible en: https://www.seghnp.org/sites/default/files/2021-10/guia_nutricion_pediatica_vh5.pdf