

## Introducción

El crecimiento es un indicador del estado de salud del paciente. Se define talla baja (TB) una talla < a 2 desvíos estándar (DS) para la edad, sexo y etnia del niño. El déficit de GH (DGH) involucra un conjunto de patologías, expresándose por compromiso de la velocidad de crecimiento (Vc) y la talla final. La disminución, fracaso o detención en la Vc mantenido por 1-2 años se denomina hipocrecimiento (<P 25).

La silla turca vacía (STV) resulta de la herniación del espacio subaracnoideo a través del diafragma selar asociado a un aplastamiento de la hipófisis sobre el piso selar. Entidad poco frecuente en niños; puede existir déficit hormonal aislado o múltiple y siendo el DGH el más frecuente.

Se presenta un caso de un adolescente con talla baja, con el objetivo de discutir un hallazgo con pocos reportes en esta edad.

## Caso Clínico

Masculino, 15 años 9 meses; derivado por TB. De los antecedentes, nacimiento PEG e hipotiroidismo compensado en tratamiento con levotiroxina. Talla en P 3 hasta los 11 años que defleciona por debajo de P3 (fig. 1). Del examen talla 152 cm (Zscore: -3.11), Vc 3.4 cm/año, Talla objetivo genética 171 +/- 10 cm, genitales masculinos Tanner II. Edad ósea de 13.5 años acorde para edad cronológica (DE 28,4 meses). Paraclínica para estudio de TB normal, somatomedina c 105.1 ug/l (VR Tanner (106,2-432.3), confirmando déficit de hGH con 2 test de estímulo de GH insuficientes para clonidina y L-dopa (punto de corte de suficiencia mayor a 7). La RM de cráneo con enfoque selar (fig.2) muestra aumento del espacio y líquido cefalo-raquídeo de la cisterna supraselar, con marcada disminución del tamaño y aplanamiento de la hipófisis (Imagen 1). Resto de ejes hipofisarios normales.

Figura 1 Curva de Crecimiento OMS

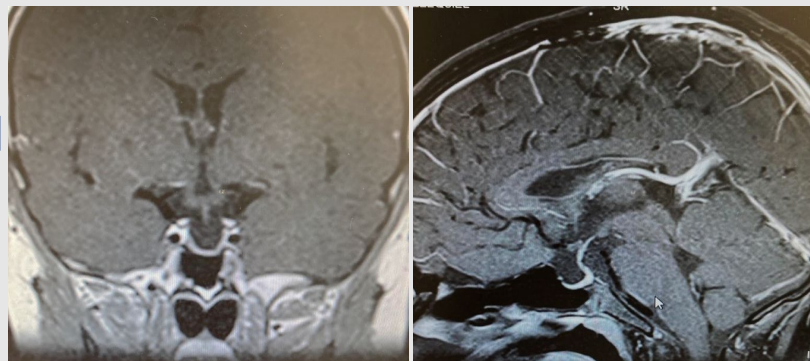
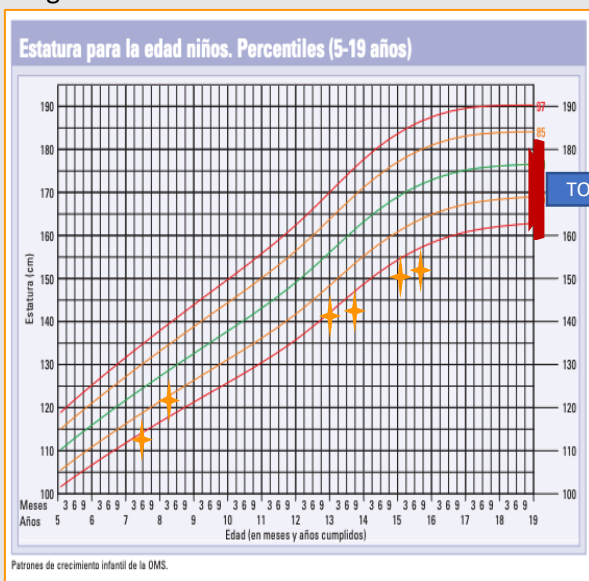


Figura 2 RM de Cráneo con enfoque selar

## Discusión

La STV en la edad pediátrica es muy poco frecuente y comúnmente es un hallazgo radiológico. Se clasifica en primaria cuando es debida a un defecto anatómico en el diafragma selar o secundaria a otras patologías que puedan afectar a la hipófisis.

Se clasifica en STV parcial, si el LCR ocupa <50% de la silla turca y el espesor de la glándula  $\geq 3$  mm; y completa cuando la ocupación es mayor  $\geq$  del 50% y el espesor es <3mm.

Nuestro paciente presenta una STV primaria y completa.

El síndrome de STV se define como STV y síntomas de hipertension-intracraneal (hec), hipopituitarismo o compresión del tallo hipofisario.

El déficit hormonal puede ser aislado o múltiple, el DGH es el más frecuente (30-60%) como es el caso de nuestro paciente.

## Conclusiones

El diagnóstico precoz y la correcta sustitución de déficit hormonales es de fundamental importancia para un correcto crecimiento y desarrollo a esta edad. Es relevante una adecuada valoración y estudio con la participación de un equipo interdisciplinario para un apropiado abordaje terapéutico.