

- 1992;**76**:428-434.
- 2 Shimizu HT, Tran LM, Mark RS, Selch MT. Management of oligodendrogliomas. *Radiology* 1993;**186**:569-572.
  - 3 Shaw EG, Scheithauer BW, O'Fallon JR, Davis DH. Mixed oligoastrocytomas: a survival and prognostic factor analysis. *Neurosurgery* 1994;**34**:577-582.
  - 4 Tice H, Barnes PD, Goumnerova L, Scott RM, Tarbell NS. Pediatric and adolescent oligodendrogliomas. *AJNR* 1993;**14**:1293-1300.
  - 5 Kros JM, Pieterman H, Van Eden CG, Avezaat CJ. Oligodendroglioma: the Rotterdam-Dijkzigt experience. *Neurosurgery* 1994;**34**:959-966.
  - 6 Sjors K, Blennow G, Lantz G. Seizures as the presenting symptom of brain tumors in children. *Acta Paediatr* 1993;**82**:66-70.
  - 7 Devaux BC, O'Fallon JR, Kelly PJ. Resection, biopsy and survival in malignant glial neoplasms. A retrospective study of clinical parameters, therapy and outcome. *J Neurosurg* 1993;**78**:767-775.
  - 8 Tsuchiya K, Makita K, Furui S, Nitta K. MRI appearances of calcified regions within intracranial tumors. *Neuroradiology* 1993;**35**:341-344.
  - 9 Smith MT, Ludwig CL, Godfrey AD, Armbrustmacher VW. Grading of oligodendrogliomas. *Cancer* 1983;**52**:2107-2114.
  - 10 Kros JM, Troost D, van Eden CG, van der Werf AJM, Vylings HBM. Oligodendroglioma: a comparison between two grading systems. *Cancer* 1988;**61**:2251-2259.

D. Morabito, M. Collell Pasqués,  
M.G. Elena, S. Giordanino

*An Esp Pediatr* 1996;**44**:82-83.

*Sr. Director:*

La valoración auxológica permite, además del seguimiento de patologías típicamente auxológicas, el control de la evolución auxológica en enfermedades crónicas como la talasemia  $\beta$ , aportando información sobre la eficacia del tratamiento empleado<sup>(1)</sup>. Aunque ya hace más de 10 años que se efectúa el trasplante de médula ósea (TMO) como terapia de la talasemia  $\beta$ , existen pocos estudios sobre su efecto en la evolución auxológica de estos pacientes<sup>(2)</sup>. Se ha efectuado en nuestro centro un estudio con el fin de evaluar cuál es la evolución estatural de dichos pacientes tras 4,5 años de trasplante, valorar si el crecimiento estaba afectado o no por la aparición de complicaciones inherentes al trasplante y valorar cuáles son las expectativas de crecimiento en el período posterior al trasplante teniendo en cuenta la talla diana.

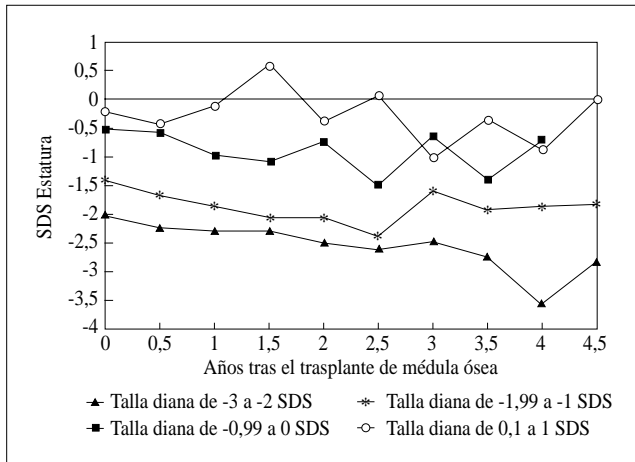
El grupo de pacientes estudiado estaba formado por 19 pacientes con talasemia  $\beta$  (5 niñas y 14 niños) de edad cronológica en el momento del trasplante entre 5 y 16 años, seguidos en el Centro Microcitemie de nuestro hospital, todos prepúberes en el momento del TMO. Cada 6 meses se determinó la estatura, mediante un estadiómetro Harpenden, el peso y los estadios puberales según metodología de Tanner<sup>(3)</sup>. Además, se calculó el SDS (standard deviation score) de la estatura según la fórmula

## ¿Puede el trasplante de médula ósea cambiar la evolución estatural del paciente $\beta$ -talasémico?

de Karlberg<sup>(4)</sup>, utilizando como población de referencia la inglesa<sup>(5)</sup>, para cada paciente se calculó la talla diana y su SDS. Los pacientes fueron subdivididos en tres grupos según la edad cronológica en el momento del TMO: antes de los 10 años de edad, entre los 10 y los 14 años de edad y después de los 14 años de edad. Asimismo, se analizaron los datos según la talla diana, obteniendo cuatro grupos de pacientes.

En el grupo de pacientes que fueron trasplantados antes de los 10 años de edad se observó una reducción del crecimiento estatural a los 1,5-2 años del TMO en aquellos individuos que presentaron una reacción GHVD (graft versus host disease) que requirió terapia corticoesteroides e inmunosupresora. Al final del período de observación, estos pacientes no presentaron nunca una recuperación total de su crecimiento y su SDS de talla fue inferior a la que tenían en el período pretrasplante. No fue posible establecer si esta situación se debía a la GHVD misma o a la terapia farmacológica utilizada. Los pacientes que presentaban una biopsia hepática con grave hemosiderosis manifestaron una pérdida de percentil de estatura tras el TMO. Este hecho podría deberse a una reducción de la secreción de IGF-1, o ser consecuencia de la siderosis hepática que es un índice de daño sistémico por el acúmulo de hierro. En todos los pacientes trasplantados entre los 10 y los 14 años de edad excepto uno, tras el período de estudio, el percentil de estatura resultó inferior al inicial; tal situación se puede explicar por la falta o el retardo en la pubertad. De hecho el único paciente en que no se observó tal evolución fue el que presentó una pubertad normal. EL 75% de pacientes trasplantados a edad superior a los 14

Centro de Auxología. Ospedale Infantile Regina Margherita. Azienda Ospedaliera Materno-Infantile OIRM-Sant'Anna. Torino, Italia.  
Correspondencia: Centro Auxología Ospedale Infantile Regina Margherita. Azienda Ospedaliera Materno-Infantile OIRM-Sant'Anna. Piazza Polonia, 94. 101126 Torino. Italia.



**Figura 1.** Evolución estatural de los pacientes estudiados teniendo en cuenta la talla diana.

años tuvo que ser sometido a terapia hormonal sustitutiva; tal situación podría deberse al hecho de que estos pacientes llegaron al TMO ya con patologías de acúmulo de hierro en el eje hipotálamo-hipófisis-gónadas.

Teniendo en cuenta la talla diana (Fig. 1), se observó que los pacientes con una talla diana inferior a -1 SDS presentaban siempre un potencial de crecimiento inferior respecto a aquellos con talla diana superior. Por el contrario, los pacientes con talla diana superior tienden a presentar una evolución estatural mejor a

pesar de la presencia de variables que pueden influenciar de modo negativo su crecimiento.

Nuestra experiencia, por lo tanto, nos indica que el nivel de depósito de hierro en los tejidos en el período pretrasplante debe tenerse en cuenta a la hora de valorar el crecimiento estatural postrasplante. Los pacientes que manifiesten GHVD que requiera terapia inmunosupresora, manifiestan una reducción del crecimiento con recuperación parcial tras 1,5-2 años del TMO. Las expectativas estaturales son mayormente respetadas en los pacientes con talla diana superior, incluso en los casos en que están presentes factores que influyen negativamente sobre el crecimiento (terapias cortisónicas e inmunosupresoras, infecciones, etc.).

## Bibliografía

- 1 Collell M. Monitorizzazione auxologica delle malattie croniche:  $\beta$ -talassemia. Tesi di dottorato in auxologia. Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Dip. Biologia 10-06-1993.
- 2 Giardini C, Lucarelli G. Il trapianto di midollo osseo nella talassemia major: progressi e prospettive dopo 10 anni di esperienze cliniche. *Minerva Pediatrica* 1993;**45**(7-8):273-279.
- 3 Tanner JM. Growth at adolescence. Blackwell Scientific Publ. (Oxford) 1962:28-39.
- 4 Karlberg P, Engström I, Karlberg J. A method for evaluation of growth. En: The biology of normal growth. Raven Press 1981:137-142.
- 5 Tanner JM, Whitehouse RH. Clinical longitudinal standards for height, weight, height velocity and stages of puberty. *Arch Dis Child* 1976; **51**:170-179.

J. Minguella Solá

*An Esp Pediatr* 1996;**44**:83-84.

*Sr. Director:*

Las malformaciones de las extremidades son una patología poco frecuente, pero en modo alguno rara y aunque algunas no tengan una gran trascendencia, sí que siempre provocan una cierta angustia familiar. Vemos estos niños cada vez a edades más

## Malformaciones de las extremidades. Planteamiento terapéutico

tempranas, pero aún está en la idea de muchos colegas pediatras el que no hace falta verles hasta los 2-3 años de edad y en algunos colectivos se llega a posponer la consulta hasta los 6 años.

Hay un aspecto psicoafectivo que hay que solucionar de inmediato y es el impacto que reciben los padres ante la noticia de que su hijo presenta una malformación. Noticia a veces precoz, a través del ecografista en una exploración durante el embarazo, otras veces más tardía, en el momento del parto. Estos padres, cuanto antes, deben dirigirse a una persona que entienda en el tipo concreto de malformación que el niño presenta, pa-

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología Infantil. Hospital Universitario Sant Joan de Déu. Carretera d'Esplugues s/n. 08034 Barcelona.

Correspondencia: Dr. J. Minguella  
C/ Temple, 24, 2º. 08911 Badalona