



ARCH DIS CHILD 2014;99:1014-1019.
doi:10.1136/archdischild-2013305799

Probióticos en la prevención del eczema: un estudio randomizado, controlado

Probiotics in the prevention of eczema:
a randomized controlled trial

Allen SJ, Jordan S, Storey M, Thornton CA, et al.

Resumen

Objetivo: Evaluar una alta dosis, multicepa de probióticos en la prevención del eczema.

Diseño: Estudio randomizado, doble ciego, controlado con placebo, de grupos paralelos.

Lugares: Clínicas prenatales, clínicas de investigación, niños en su domicilio.

Pacientes: Mujeres embarazadas y sus hijos.

Intervenciones: Mujeres desde las 36 semanas de gesta y sus hijos hasta la edad de 6 meses, recibieron diariamente el probiótico (*Lactobacillus salivarius* CUL61, *Lactobacillus paracasei* CUL08, *Bifidobacterium animalis subespecies lactis* CUL34 y *Bifidobacterium bifidum* CUL20 con un total de 10^{10} organismos / día) o placebo.

Objetivo principal: diagnóstico de eczema a los 2 años. Los niños fueron seguidos mediante cuestionario. A los 6 meses y 2 años se realizaron el examen clínico y *prick test* cutáneo para alérgenos comunes.

Resultados: La frecuencia acumulativa de eczema diagnosticado hasta los 2 años fue similar en la rama de probióticos (73/214, 34.1%) y en la de placebo (72/222, 32.4%; OR 0.52, 95% CI 0.28 - 0.98). Las diferencias estadísticamente significativas entre las ramas fueron principalmente en la sensibilización a la leche de vaca y a las proteínas del huevo de gallina a los 6 meses. Se presentó eczema atópico en 9/171 (5.3%) de los chicos en la rama de probióticos y 21/173 (12.1%) en la rama placebo (OR 0.40, 95% CI 0.18 - 0.91).

Conclusiones: La investigación no proveyó evidencia de que el probiótico previniera el eczema durante el estudio o redujera su severidad. Sin embargo, el probiótico pareció prevenir la sensibilización atópica a los alérgenos alimentarios comunes y reducir la incidencia de eczema atópico en la niñez temprana.

Comentario

Una revisión de la Biblioteca Cochrane (Boyle, 2008), concluyó que los probióticos no brindan beneficios en la evolución de niños con eczema atópico.

La presente investigación trató de determinar si los probióticos previenen la aparición de enfermedades asociadas a la atopía, administrándolos a la madre durante las últimas semanas del embarazo y al niño hasta los 6 meses de vida.

Los autores no hallaron diferencias en la aparición acumulativa de eczema inespecífico, entre el grupo de niños que recibió probióticos y el que recibió placebo, seguidos hasta los 2 años de vida. Tampoco encontraron, en coincidencia con otros trabajos publicados, diferencias en la aparición temprana de asma y rinitis alérgica.

Observaron una reducción no significativa de eczema atópico en los niños que recibieron probióticos, aunque fue significativa la reducción en la respuesta cutánea a los alérgenos de leche de vaca y de huevo de gallina y en los niveles de IgE en los niños que recibieron probióticos.

Pero... ¿cuál es la importancia clínica de este hallazgo?

La investigación presenta aspectos que disminuyen su validez: Un 40 % de la cohorte no llegó a la instancia final del examen físico y pruebas cutáneas. Hubo déficits en la adherencia a la administración del producto y la aparición de la variable de interés (eczema) se determinó principalmente mediante la respuesta a cuestionarios a distancia.

De todos modos es importante que este estudio se haya dado a conocer a pesar del hallazgo negativo en cuanto a la utilidad de los probióticos para prevenir el eczema.

Puede interesar el conocimiento de aspectos relacionados con los probióticos: son microorganismos vivos (bacterias, hongos) que se consumen en grandes cantidades porque se piensa que son beneficiosos para la salud. Esos beneficios han sido observados en situaciones muy específicas (diarrea, diarrea asociada a uso de antibióticos) pero no se han podido comprobar en muchas otras indicaciones.

Otro aspecto importante, es la existencia de poblaciones con riesgo de padecer complicaciones graves asociadas a su uso, ya sea por la aparición de bacteriemias, fungemias, infecciones graves o aumento de la mortalidad. Estos casos incluyen entre otros, a los huéspedes inmunocomprometidos, prematuros, pacientes con anomalías de las válvulas

cardíacas, pacientes con intestino corto, pancreatitis aguda, contaminación de catéteres venosos centrales, administración concomitante con antibióticos de amplio espectro a los cuales el probiótico es resistente.

Su manufactura y comercialización dependen de la industria alimentaria. No están sometidos a los controles de los medicamentos ni aceptados por las agencias de regulación como la FDA (Food and drug administration). Este hecho y la heterogeneidad de los diferentes productos son responsables de grandes limitaciones metodológicas, especialmente cuando se incluyen los estudios en revisiones sistemáticas.

Por último, si bien hay muchas especulaciones, no se conocen sus mecanismos de acción ni en qué forma su administración puede alterar la microbiota, es decir la población de gérmenes que existen naturalmente en el tubo digestivo.

Dra. M. Susana Rodríguez
Hospital Nacional de Pediatría
"Prof. Dr. J. P. Garrahan"

- Azad MB, Coneys JG, Kozyrskyj AL, Field CJ, et al. Probiotic supplementation during pregnancy or infancy for the prevention of asthma and wheeze: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2013;347:f6471.
- Boyle RJ, Bath-Hextall FJ, Leonardi-Bee J, Murrell DF, et al. Probiotics for treating eczema. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(4):CD006135.
- Mansfield JA, Bergin SW, Cooper JR, Olsen CH. Comparative probiotic strain efficacy in the prevention of eczema in infants and children: a systematic review and meta-analysis. *Mil Med* 2014;179(6):580-92.

ARCH DIS CHILD 2014 SEP 29.
[Epub ahead of print]

Concordancia entre la medición rutinaria o por investigación, de la longitud y el peso en niños

Agreement between routine and research measurement of infant height and weight
Bryant M, Santorelli G, Fairley L, Petherick ES, Bhopal R, Lawlor DA, Tilling K, Howe LD, Farrar D, Cameron N, Mohammed M, Wright J; Born in Bradford Childhood Obesity Scientific Group.

Resumen

En muchos países, los datos rutinarios relacionados con el crecimiento de los niños se

toman como control de la salud o enfermedad hasta la edad escolar. Esto tiene un potencial uso para la investigación. Para el monitoreo de la salud y para la investigación los datos deberían ser precisos y confiables. Este estudio tuvo como objetivo determinar la concordancia entre las medidas de longitud y peso registradas en forma rutinaria y las tomadas por investigadores.

Métodos: los datos de longitud y peso a la edad de 6-12 y 24 meses de la cohorte longitudinal de nacimientos del Reino Unido (nacidos en Bradford; n: 836-1280) se compararon con los datos rutinarios tomados por agentes de salud dentro de los 2 meses del control de la investigación (n: 104-573 para diferentes comparaciones). Los datos se ajustaron por edad y se compararon mediante gráficos de Bland Altman.

Resultados: hubo concordancia entre las fuentes de datos, sin embargo fue más débil para la longitud que para el peso. Los datos rutinarios tendieron a subestimar la longitud a los 6 meses (0,5 cm [IC95% 4,0-4,9] y sobrestimarla a los 12 meses (-0,3 cm [IC95% -0,5 a 4,0]) y a los 24 meses (0,3 cm [IC95% -4,0 a 3,4]).

Los datos rutinarios ligeramente sobrestimaron el peso a las 3 edades (rango -0,04 kg [IC95% -1,2 a 0,9] a -0,04 [IC95% -0,7 a 0,6]). Los límites de concordancia fueron amplios, particularmente para la longitud. Las diferencias fueron generalmente aleatorias, aunque los datos rutinarios tendieron a subestimar la longitud en los niños más altos y a subestimar el peso en los niños más livianos.

Conclusiones: los datos rutinarios pueden proveer un método preciso y confiable de recolección de datos para la investigación, aunque se pueden observar límites amplios de concordancia entre las fuentes de datos. Las diferencias pueden deberse a aspectos metodológicos, pero podrían relacionarse a la variabilidad en la práctica clínica. La capacitación y evaluación continuas y adecuadas son esenciales para los profesionales de la salud responsables de tomar los datos rutinarios.

Comentario

¿Es válido preguntarse por la precisión de los registros clínicos para fines de investigación?

Los registros clínicos constituyen una fuente de datos frecuentemente utilizada para fines de investigación. Los datos sobre mediciones antropométricas, al ser recolectados en forma

rutinaria en el seguimiento clínico en pediatría, son frecuentemente utilizados en este sentido.

Sin embargo en ambos contextos, la pregunta acerca de la precisión y confiabilidad de los datos es central.^{1,2} Contar con datos precisos y confiables requiere de procedimientos de estandarización tanto de instrumentos como de los procedimientos.³

Bryant y colaboradores⁴ analizaron el grado de acuerdo entre mediciones de longitud y peso en niños, con el objetivo de valorar la precisión y confiabilidad de datos antropométricos obtenidos en el ámbito clínico, en comparación con los obtenidos en un contexto de investigación.

Los autores compararon el peso y longitud de niños a los 6, 12 y 24 meses de edad, recolectados en un estudio de cohorte prospectiva siguiendo procedimientos estandarizados, con los mismos datos consignados en registros clínicos de los niños.

Los autores reportan un adecuado grado de acuerdo entre mediciones registradas en ambas fuentes, aunque algo menor en el caso de la longitud. Reportan sobreestimaciones o subestimaciones en las mediciones a diferentes edades en el caso de la longitud, en tanto que en el peso éste fue en promedio sobreestimado en el ámbito clínico a las diferentes edades. Las diferencias observadas para ambas mediciones fueron independientes entre sí. Los autores vinculan las diferencias observadas a posibles errores metodológicos o bien deberse a variabilidades clínicas, aun cuando consideran aceptable el uso de datos de registros clínicos para fines de investigación.

El estudio permite enfatizar la relevancia de contar con mediciones precisas, hecho que involucra a contextos clínicos y de investigación de igual modo. Pero también invita a reflexionar acerca la validez de las conclusiones del trabajo. Dada la vinculación del acuerdo tanto a la disponibilidad de equipamiento así como a la aplicación de procedimientos estandarizados, tales conclusiones pueden ser válidas para los niños de Bradford, ¿pero podrían trasladarse a toda población? Por tanto, la pregunta de Bryant es bueno recordarla al momento de utilizar datos consignados en registros clínicos para responder preguntas de investigación.

Dr. Pablo Durán

Departamento de Salud Pública - UBA.

Asesor Regional en Salud Perinatal

Centro Latinoamericano de perinatología/

Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR)

OPS/OMS

1. Howe LD, Tilling K, Lawlor DA. Accuracy of height and weight data from child health records. *Arch Dis Child* 2009;94(12):950-4.
2. West J, Manchester B, Wright J, Lawlor DA, et al. Reliability of routine clinical measurements of

neonatal circumferences and research measurements of neonatal skinfold thicknesses: findings from the Born in Bradford study. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2011;25(2):164-71.

3. Marks GC, Habicht JP, Mueller WH. Reliability, dependability, and precision of anthropometric measurements. The Second National Health and Nutrition Examination Survey 1976-1980. *Am J Epidemiol* 1989;130(3):578-87.
4. Bryant M, Santorelli G, Fairley L, Petherick ES, et al. Agreement between routine and research measurement of infant height and weight. *Arch Dis Child* 2014 Sep 29. [Epub ahead of print].

PEDIATRICS 2014;134(5):923-32.

Obesidad infantil y dinámicas interpersonales durante las comidas familiares

Childhood obesity and interpersonal dynamics during family meals

Berge JM, Rowley S, Trofholz A, Hanson C, Rueter M, MacLehose RF, Neumark-Sztainer D.

Resumen

Introducción: las comidas familiares se asocian a una serie de beneficios para la salud infantil; sin embargo, la asociación con obesidad ha sido menos consistente, por lo cual surgen interrogantes sobre las características específicas de las comidas familiares que pueden ser protectoras ante la obesidad infantil. Este estudio examinó las asociaciones entre las dinámicas familiares interpersonales y relacionadas con los alimentos durante las comidas familiares, y el estado de obesidad infantil.

Métodos: estudio transversal de métodos mixtos; se incluyeron 120 niños (47% niñas: edad media 9 años) y padres (92% mujeres; edad media 35 años) de comunidades minoritarias, de bajos ingresos.

Las familias participaron en un estudio de observaciones directas de 8 días durante los cuales se registraron video-filmaciones de la comida familiar en sus hogares. Se describieron las características de la comida (duración, tipo de alimentos servidos), las asociaciones entre diadas (padre-niño, niño-hermano), el nivel familiar de las dinámicas interpersonales y relacionadas con los alimentos (comunicación, manejo de la situación, control parental de los alimentos) durante las comidas, y el estado ponderal del niño.

Resultados: se encontraron asociaciones significativas entre niveles positivos de

dinámica interpersonal familiar y de los padres (cordialidad, alegría grupal, refuerzo parental positivo) durante las comidas y menor riesgo de sobrepeso infantil. Además, se encontraron asociaciones significativas entre dinámicas positivas familiares y parentales relacionadas con los alimentos (comentarios positivos, refuerzo parental positivo sobre los alimentos) y menor riesgo de obesidad infantil.

Conclusiones: estos resultados amplían los hallazgos previos sobre las comidas familiares y permiten una mejor comprensión de las dinámicas interpersonales y relacionadas con los alimentos durante las comidas familiares y el estado ponderal infantil.

Comentario

Los hallazgos sugieren la importancia de trabajar con las familias para mejorar el nivel de las dinámicas interpersonales entre diadas y dentro del grupo familiar y las relacionadas con los alimentos, durante las comidas familiares. La obesidad infantil constituye uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial. En su origen intervienen aspectos influenciados por la familia, como la elección de los alimentos, la conducta alimentaria de los padres y su actitud frente a la alimentación de los hijos, todos los cuales se ponen de manifiesto durante las comidas compartidas por la familia.

En los últimos años, comienzan a reconocerse múltiples niveles de influencia familiar sobre la conducta alimentaria infantil, basados en la Teoría del Sistema Familiar. En este sentido y muy recientemente, varios grupos de investigación han sumado evidencia acerca de los efectos benéficos de las comidas compartidas en familia para la salud y la prevención de la obesidad en niños y adolescentes, a través de factores extra-nutricionales.¹⁻³

El grupo de Jerica Berge, publica en este número de *Pediatrics*⁴ resultados parciales del estudio *Family Meals LIVE!*, el que, con una metodología mixta que utiliza videos de comidas familiares, recordatorios alimentarios, entrevistas cualitativas e inventarios alimentarios del hogar, se propone identificar en el medio ambiente alimentario familiar, factores de riesgo y factores protectores para el desarrollo de obesidad infantil.

En esta publicación, se plantean como objetivo examinar las asociaciones entre la dinámica familiar interpersonal y relacionada con los alimentos en el momento de las comidas, y la obesidad infantil. Los resultados obtenidos en 120 niños prepúberales, encuentran que las familias de niños con sobrepeso u obesidad, realizan comidas de menor tiempo de duración, con menor presencia de los padres durante

las mismas. Aspectos de la dinámica familiar como la diversión en grupo, la calidad y calidez de la relación y altos niveles de comunicación se asocian a menor prevalencia de sobrepeso en los niños, mientras que altos niveles de hostilidad con discursos moralizantes durante las comidas aparecen asociados a una mayor prevalencia del mismo.

Este estudio suma al conocimiento previo del efecto protector de compartir en familia las comidas, la identificación de probables mecanismos del mismo. Conocer estos mecanismos resulta fundamental para el desarrollo de intervenciones preventivas y terapéuticas en obesidad infantil, con foco en la promoción de aspectos positivos de la dinámica familiar.

Dra. Gabriela Krochik

Servicio de Nutrición,
"Hospital Prof. Dr. Juan P. Garrahan"

1. Jääskeläinen A, Nevanperä N, Remes J, Rahkonen F, et al. Stress-related eating, obesity and associated behavioural traits in adolescents: a prospective population-based cohort study. *BMC Public Health* 2014;14:321.
2. Serrano M, Torres R, Pérez CM, Palacios C. Social environment factors, diet quality, and body weight in 12-year-old children from four public schools in Puerto Rico. *P R Health Sci J* 2014;33(2):80-7.
3. Berge JM, Wall M, Larson N, Forsyth A, et al. Youth dietary intake and weight status: healthful neighborhood food environments enhance the protective role of supportive family home environments. *Health Place* 2014;26:69-77.
4. Berge JM, Rowley S, Trofholz A, Hanson C, et al. Childhood obesity and interpersonal dynamics during family meals. *Pediatrics* 2014;134(5):923-32.

J PEDIATR 2014;165:332-5

Lesiones por cuerpos extraños magnéticos: una gran experiencia pediátrica hospitalaria

Magnetic foreign body injuries:
a large pediatric hospital experience
Strickland M, Rosenfield D, Fecteau A.

Resumen

Objetivo: Examinar las tendencias en lesiones relacionadas con imanes, con la hipótesis de que los cambios son el resultado del menor tamaño, fuerza y venta múltiple habitual de los nuevos imanes de neodimio-hierro-boro.

Métodos: Estudio retrospectivo de revisión de historias clínicas electrónicas de pacientes menores de 18 años con diagnóstico de ingestión de cuerpo extraño magnético entre 2002 y 2012.

Se analizaron las características del paciente, el cuerpo extraño y el manejo. Se compararon las frecuencias y las características de los casos entre los primeros 8 años del periodo de estudio y los últimos 3 años.

Resultados: Se identificaron 94 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. En los casos de ingestión confirmada, la mediana de edad fue 4,5 años (65% fueron varones). La incidencia de consultas aumentó 2,94 veces (IC95% 1,84-4,70) entre 2002-2009 y 2010-2012, mientras que la incidencia de lesiones por múltiples imanes aumentó 8,4 veces (IC95% 3,44-20,56). El volumen de los imanes disminuyó de 878,6 mm³ a 259,8 mm³. En 6 casos se requirió la remoción quirúrgica de los imanes por sepsis intra-abdominal o preocupación por una perforación intestinal inminente.

Conclusiones: Desde 2002, hubo un aumento importante en la incidencia de lesiones por cuerpos extraños magnéticos. Estas lesiones han involucrado en forma creciente imanes múltiples y más pequeños y requirieron intervención quirúrgica.

Comentario

La ingestión de cuerpos extraños es un motivo de consulta frecuente en la práctica pediátrica.

La incorporación al mercado de pequeños imanes de neodimio-hierro-boro ha ido en aumento en los últimos años. Tienen 5 a 20 veces más potencia que los tradicionales y fueron creados por General Motors en 1982. La comercialización de estos imanes ha tomado auge en los últimos tiempos y se venden como objetos de decoración para escritorios, en juguetes de construcción para niños, en cierres de estuches para celulares y otros dispositivos, herramientas inalámbricas, discos rígidos y motores híbridos.

Estos imanes más pequeños que los tradicionales pueden atraerse entre sí con fuerzas formidables, y si se ingiere más de uno, o se ingiere junto a otro objeto metálico, la fuerza de atracción puede ocasionar compresión de las asas intestinales y provocar perforación.

La ingestión de múltiples imanes plantea el riesgo de generar atracción a través de diferentes asas del intestino, detener el peristaltismo y ser causa potencial de necrosis mural por presión. Esto puede conducir a la perforación intestinal, formación de fístulas, vólvulo, obstrucción, sepsis intra-abdominal y muerte.

En una comunicación breve del Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition de 2012, Hussain y colaboradores describieron un algoritmo detallado y autoexplicativo para el manejo de la ingesta

de estos imanes en niños.¹ El algoritmo considera el número de imanes ingeridos, la ubicación y el tiempo transcurrido desde la ingesta hasta la evaluación, y ayuda a delinear la intervención oportuna de gastroenterólogos y cirujanos infantiles en el manejo de estos casos.

Recientemente Journal of Pediatrics publicó un estudio retrospectivo, realizado en Canadá, basado en el registro de pacientes con diagnóstico de ingestión de cuerpo extraño magnético entre 2002 y 2012.

Se identificó un aumento en la incidencia de lesiones relacionadas con múltiples imanes y una mayor tendencia a la morbilidad. Lo más preocupante fue el aumento del número de lesiones de alto riesgo que pueden producir los imanes múltiples y pequeños. Estos cambios están en consonancia con el cambio tecnológico documentado de los tradicionales imanes de ferrite a imanes de neodimio-hierro-boro.

Dra. María José Chiolo
Servicio de Cirugía y Ortopedia
Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

1. Hussain SZ, Bousvaros A, Gilger M, Mamula P, et al. Management of ingested magnets in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2012;55(3):239-42.

PEDIATRICS 2014;134(4):1-10.

Trastorno de déficit de atención e hiperactividad, tratamiento estimulante y crecimiento: estudio longitudinal

ADHD, stimulant treatment, and growth: a longitudinal study

Harstad EB, Weaver AL, Katusic SK, Colligan RC, Kumar S, Chan E, Voigt RG, Barbaresi WJ.

Resumen

Introducción y objetivo: Existe actualmente preocupación con respecto a que la medicación estimulante podría afectar negativamente al crecimiento. En una muestra de casos y controles de niños con trastornos por déficit de atención e hiperactividad (ADHD por sus siglas en inglés), de una cohorte de nacimientos con base poblacional, se evaluó el crecimiento y la asociación entre tratamiento estimulante y crecimiento.

Métodos: Se incluyeron niños con ADHD (N: 340) y controles (N: 680) de una cohorte de nacimientos entre 1976 y 1982 (N: 5718). La talla y la información sobre tratamiento estimulante se extrajeron de las historias clínicas durante un

estudio de seguimiento hasta la edad adulta. Para cada sujeto se evaluó el crecimiento de la talla y la velocidad de crecimiento como primer derivativo. La edad del pico de velocidad de crecimiento de la talla se estimó por la curva de velocidad. En los casos de ADHD con tratamiento estimulante se analizaron los puntajes Z de talla al comienzo, al final y 24 meses después de terminado el tratamiento.

Resultados: Ni el ADHD ni el tratamiento con estimulantes por sí mismos, se asociaron con diferencias en la magnitud de la velocidad de crecimiento o en la talla final adulta. Entre los niños tratados con estimulantes hubo una correlación positiva entre duración del uso de estimulantes antes del pico de velocidad de crecimiento y edad al momento del pico ($r: 0,21$; $p: 0,01$). No hubo correlación significativa entre la duración del tratamiento y cambios en los puntajes Z de talla ($r: -0,08$ al comienzo vs. final, $r: 0,01$ al final versus 24 meses después). Entre los 59 casos de ADHD tratados por ≥ 3 años, hubo una disminución clínicamente insignificante en la media del puntaje Z desde el comienzo (0,48) al final (0,33) del tratamiento ($p: 0,06$).

Conclusiones: Nuestros hallazgos sugieren que el tratamiento del ADHD con estimulantes no se asocia con diferencias en la talla adulta o cambios significativos en el crecimiento.

Comentario

Los hallazgos en diversos estudios, con respecto al crecimiento de niños con déficit de atención e hiperactividad son discordantes ya que algunos muestran que son más bajos, otros más altos o con velocidad de crecimiento más rápida que la población de control. El efecto del tratamiento indicado sobre el crecimiento tampoco está claro, asociándose algunos casos con retardo de crecimiento y otros sin efecto significativo dependiendo del tipo de medicación, edad de inicio y duración del mismo. Todos estos estudios tienen limitaciones por tratarse de muestras pequeñas, falta de un grupo control y/o falta de información sobre estatura final.¹⁻⁴

Este trabajo describe el crecimiento a largo plazo de una cohorte retrospectiva, desde el nacimiento hasta

la adultez y prospectiva, de pacientes con ADHD (N= 340) y un grupo control (N= 680), comparando el puntaje Z (sDS) de estatura, velocidad de crecimiento y estatura final de ambos grupos y entre los que recibieron y no tratamiento (metilfenilato N= 152 y dextroanfetamina N= 70). Se demuestra que no hay diferencias en la edad y magnitud del pico de empuje puberal para ambos sexos y entre ambos grupos. Al comparar cambios en puntaje Z (sDS) en 59 pacientes que recibieron tratamiento 3 años o más, se encontró una variación de 0,15 sDS pre y post indicación lo cual no es relevante ya que están descriptos cambios de puntaje Z de hasta 0,5 sDS en población sana durante la niñez.⁵ Tampoco encontraron diferencias entre la estatura final entre ambos grupos.

Se trata de un trabajo longitudinal con datos que permiten el cálculo de la velocidad de crecimiento durante el empuje puberal y datos de estatura final adulta que nos demuestra que no hay diferencias entre el grupo control y niños con ADHD, inclusive los que recibieron tratamiento prolongado.

Estos resultados son un aporte importante al conocimiento del crecimiento de esta población sobre todo si tenemos en cuenta el elevado número de niños con este diagnóstico en la actualidad.

Dra. Mariana del Pino

Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"

1. Spencer TJ, Biederman J, Harding M, O'Donnell D, et al. Growth deficits in ADHD children revisited: evidence for disorder-associated growth delays? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(11):1460-9.
2. Faraone SV, Biederman J, Morley CP, Spencer TJ. Effect of stimulants on height and weight: a review of the literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47(9):994-1009.
3. Poulton A, Cowell CT. Slowing of growth in height and weight on stimulants: a characteristic pattern. *J Paediatr Child Health* 2003;39(3):180-5.
4. Swanson JM, Elliott GR, Greenhill LL, Wigal T, et al. Effects of stimulant medication on growth rates across 3 years in the MTA follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(8):1015-27.
5. Hermanussen M, Largo RH, Molinari L. Canalization in human growth: a widely accepted concept reconsidered. *Eur J Pediatr* 2001;160(3):163-7.