 

**DOCENTE:**

**DR. SAUL PERAZA MARIN**

**ALUMNO:**

**JONATHAN SURIANO CRUZ.**

**MATERIA:**

**PEDIATRIA**

**TEMA:**

**COMENTARIOS DE LA CLASE**

En la clase de hoy hablamos sobre los problemas de hipercrecimiento lo que se sabe de esto es que Los síndromes con hipercrecimiento cursan con talla alta, definida por una altura en bipedestación mayor de 2 desviaciones estándar (DE) para la media de la misma población y sexo o velocidad de crecimiento excesiva, pre- o posnatalmente, lo que menciono el Doctor en la clase que me llamo la atención y es muy cierto es que los padres siempre llevan a sus bebés cuando su talla es muy baja o no es normal con su edad, pero si el bebé está creciendo más de su taña normal los padres nunca acuden a una unidad médica para preguntar por qué o si eso es normal. En principio, el hipercrecimiento de comienzo prenatal debe considerarse siempre patológico. Sus posibles causas dependerán de algunas condiciones anómalas del medio intrauterino o bien de ciertas alteraciones genéticas. Las clasificaciones de hipercrecimiento son algunos como estos:

1.- exceso de secreción hormona de crecimiento

2.- exceso de ciertos factores de crecimiento.

3.- exceso de receptores para factores de crecimiento, en el síndrome de Partington.

4.- exceso de un gen de crecimiento SHOX.

5.- deficiencia de factores relacionado con la detención del crecimiento.

6.- deficiencia de los factores relacionados con la prevención de la elongación ósea y proporciones disarmónicas.

7.- alteración de los genes supresores de tumores.

También la historia clínica y el examen físico son de gran importancia. El análisis de la curva de crecimiento y el peso, así como las tallas de sus padres, son de gran valor. En cualquier caso, debe analizarse la edad ósea y la predicción de talla adulta.

Hoy en día, existen dos tipos de tratamientos para disminuir la estatura adulta: el primero, muy utilizado, consiste en administrar esteroides sexuales (estrógenos en la niña y testosterona en el niño) al comienzo de la pubertad para acelerar el desarrollo sexual y la fusión de los cartílagos de conjunción; el segundo, más teórico, consiste en reducir la secreción o la acción de la hormona de crecimiento mediante análogos de la somatostatina, o de manera más reciente, mediante antagonistas del receptor de GH.