

Cada cosa a su tiempo



Marta Ibáñez Martínez (Rotatorio Pediatría)

Tutora: Dra. Lorea Ruiz Pérez (Endocrinología pediátrica)

Anamnesis

- Niña de 7 años y 4 meses
- Crecimiento mamario desde hace unos 5 meses
- No otra sintomatología
- Antecedentes personales: sin interés
- No exposición a fuentes exógenas de estrógenos
- Antecedentes familiares: sin interés

Datos exploratorios relevantes











Peso:30,7kg (p75-90) Talla: 122cm (p25-50)

- No alteraciones en la piel
- Exploración abdominal normal
- No bocio
- Estadio de Tanner: S2 P1
- No axilarquia

Inicio del desarrollo puberal

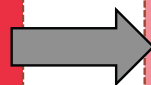


Escala de Tanner

	Telarquia (S)	Pubarquia (P)
I		
II		
III		
IV		
V		

Diagnóstico diferencial

Pubertad precoz central
o dependiente de
gonadotropinas



- Idiopática
- Secundaria a lesiones del SNC
- Genética o familiar

Pubertad precoz
periférica o independiente
de gonadotropinas



- Quistes ováricos, tumores ováricos
- Síndrome de McCune Albright
- Hiperplasia suprarrenal congénita
- Exceso de estrógenos de origen exógeno

Telarquia precoz
idiopática



Variante de la normalidad

Algoritmo diagnóstico

Telarquia en niña <8 años

Estudio hormonal:

- T4 libre y TSH
- LH, FSH y estradiol basal
- Test de LHRH

Ecografía abdomino-pélvica

SÍ

¿Edad ósea adelantada?

NO

Seguimiento clínico estrecho

Respuesta puberal:
Pico de LH: 10 U/L
LH/FSH: 0,8

FSH, LH disminuidas
y Estradiol elevado

Pubertad precoz periférica

Pubertad precoz central

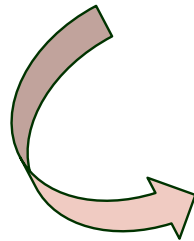
RMN cerebral normal

PP central idiopática

Tratamiento

Análogo de GnRH → acetato de triptorelina

Depot mensual de 3,75 mg IM cada 28 días



- ✓ Frenar la progresión del desarrollo puberal
- ✓ Mejoría de la talla adulta

Conclusiones

- La causa más frecuente de PP es la activación temprana de la pulsatilidad de GnRH → PPC
- Claro predominio femenino
- En la mayoría de los casos, la etiología es desconocida, aunque es obligado descartar patología endocraneal
- La prueba más relevante sigue siendo el pico de LH tras test de estimulación con LHRH
- El tratamiento de elección son los análogos de GnRH, cuyo inicio precoz mejora los resultados obtenidos

Bibliografía

Brito VN, Guerra-Júnior G, Kochi C, Kopacek C, Spinola-Castro AM, Silva PC. Central precocious puberty: revisiting the diagnosis and therapeutic management. Arch Endocrinol Metab. 2016; 60: 163-72

Argente J, Soriano-Guillén L. Pubertad precoz central: aspectos epidemiológicos, etiológicos y diagnóstico-terapéuticos. An Pediatr. 2011; 74: 336-43

Arriba-Múñoz A, Ferrer Lozano M, Labarta-Aizpún JI, López Úbeda M. Determinaciones bioquímicas basales y tras estímulo de utilidad en el diagnóstico de patología puberal. Rev Esp Endocrinol Pediatr 2017; 8:35-41

