

Dr. Héctor A. Miglietta
Pediatra Endocrinólogo del Hospital de Niños Roberto Carrá
y Hospital Provincial de Rosario

Pubertad precoz femenina y masculina:

Se considera pubertad precoz, a la aparición de los caracteres sexuales secundarios (crecimiento puberal, aparición de mamas Tanner 2, vello pubiano Tanner 2, testículos mayores al volumen 4 de Prader o mayores de 3 cm, vello pubiano masculino Tanner 2 y maduración ósea acorde) a + de 2 desvíos de la media (que para nuestra población sería antes de los 8 años de edad en la niñas y antes de los 9 años en los varones). Hay que considerar 2 variantes de la misma: la telarca prematura (aparece en los primeros meses de la vida y termina de retroceder antes de los 3 años de edad, sin vello pubiano, ni aceleración de la velocidad de crecimiento ni aumento de la edad ósea) y la adrena o pubarca prematura (aparición de vello pubiano Tanner 2 sin mamas, con leve aceleración de la talla y la edad ósea, con o sin vello axilar y/o sudoración olorosa entre los 5 y los 8 años de edad. Se debe al aumento de la zona reticular adrenal con mayor producción de andrógenos adrenales, sobre todo DHEA (sulfato).

Se debe diferenciar si la pubertad precoz es central (por activación del eje HHGonadal) o periférica (también llamada independiente porque no depende de la activación del eje HHGonadal). A pesar de que las etiologías son similares en el hombre y la mujer, es más frecuente en las niñas, la PP idiopática seguida por las orgánicas (sobre todo tumorales del SNC: hamartomas hipotalámicos, pinealomas, gliomas, etc.). En los varones son más frecuentes las PP orgánicas tumorales y luego las idiopáticas. Siempre se debe descartar la presencia de estrógenos exógenos (uso de cosméticos, incluso cremas en la piel sobre la cual se acuestan o rozan los niños, anticonceptivos, pollo, fitoestrógenos y una innumerable cantidad de disruptores endócrinos en la naturaleza).

Para el diagnóstico, se solicitan en primer lugar: una edad ósea, una ecografía ginecológica, con dimensiones y volumen uterino y ováricos y un urocitograma. De ser necesario se medirán luego las gonadotropinas hipofisarias (FSH y LH) y las hormonas sexuales (estradiol y testosterona), ya sean basales o ante prueba de estímulo con GnRH. La evolución a veces es el único indicador de cómo proseguirá el cuadro, si lentamente o en forma muy aguda. Se controlarán cada 3 meses con medición antropométrica y evaluación de sus mamas y vello pubiano.

El tratamiento con análogos de GnRH (leuprolide, triptorelina) está indicado ante un progreso agudo que comprometa su target genético aparte de las consideraciones psicológicas y sociales.