

PUBERTAD PRECOZ: PARTE II, EVALUACIÓN COMPLEMENTARIA Y ABORDAJE DESDE LA APS

Autora: Dra. Alejandra Roa R., Residente Medicina Familiar PUC

Editor: Dra. Pamela Rojas G., Docente Departamento Medicina Familiar PUC

Palabras clave: Pubertad precoz, telarquia prematura, adrenarquia prematura

Fecha: 04/06/2018

Resumen portada: En el artículo anterior revisamos una clasificación general de pubertad precoz y el primer abordaje desde la clínica. En este segundo artículo, revisaremos como orientar una evaluación complementaria, definiremos los aspectos más relevantes para el diagnóstico diferencial y propondremos un abordaje como médicos de APS.

EVALUACIÓN COMPLEMENTARIA Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA PUBERTAD PRECOZ

Tal como comentamos en el artículo anterior, el abordaje de un paciente con PP exige una exhaustiva anamnesis y un examen físico dirigido, que nos permita orientar la clasificación del cuadro y a partir de esto guiar el estudio.

Desde un contexto de atención primaria y/o en consulta de médicos no especialistas en endocrinología, es razonable iniciar el estudio contando con una radiografía de carpo de edad ósea, y una ecografía de pelvis. La determinación de niveles hormonales, es solicitada por lo general por especialistas, sean endocrinólogos u especialistas de otra rama, que tengan las competencias para la correcta solicitud e interpretación de los exámenes.

La tabla 1 resume los principales hallazgos de los exámenes de apoyo, y cómo estos guían el estudio de un paciente con PP. Para comprender el motivo por el cual se solicita cada examen y como interpretarlos, es clave recordar que la activación de eje Hipotálamo-Hipófisis-gonadal (HHG) es lo que comanda el inicio de la pubertad, y que la presencia o ausencia de la cadena de eventos que este gatilla es lo que permite orientar el estudio etiológico de una PP

Tabla 1: Estudio etiológico de un paciente con Pubertad precoz: ⁽¹⁻⁵⁾

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	PUBERTAD PRECOZ CENTRAL (PPC)	PRESUDOPUBERTAD PRECOZ (PPP)	TELARQUIA RECOZ	ADRENARQUIA PRECOZ (AISLADA)
1. Activación eje Hipófisis hipotálamo gonadal HHG	Siempre	No alterado	No alterado	No alterado
2. Secuencia temporal eventos puberales	Normal	Variable, generalmente no sigue secuencia normal	Sólo se observa desarrollo mamario sin otros hitos del desarrollo.	Sólo se observa signos de adrenarquia sin otros hitos del desarrollo.
3. Progresión a siguientes estadios puberales	Rápida de 3-6 meses	Variable	Estabilización o regresión	Sin progresión
4. Velocidad de crecimiento	Acelerada > 6 cm/año	Normal o acelerada	Habitualmente normal	
5. Diferencia con talla diana	Paciente crece en curva superior a talla diana de padres	Variable	Habitualmente sin diferencia	
6. Carácteres sexuales secundarios	Siempre isosexual	Iso o heterosexual	Siempre isosexual	
7. Radiografía de cuerpo para edad ósea	Edad ósea habitualmente adelantada en comparación con edad cronológica	Edad ósea habitualmente adelantada en comparación con edad cronológica	En general, edad ósea coincide con edad cronológica. Puede haber un adelantamiento, pero la diferencia suele ser menor a 1 año	Edad ósea coincide con edad cronológica.
8. Eco pelviana	Útero: - Longitud > 34 mm - Volumen uterino > 2 ml - Forma de pera o presencia de línea endometrial.	Ecografía muestra estructuras prepúberas Puede observarse lesiones tumorales en glándulas suprarrenales, ovario, hígado, etc.	Útero: - Longitud ≤ 34 mm - Volumen uterino ≤ 2 ml Forma tubular prepupal.	
9. Esteroides sexuales	- Estradiol > 15 ng/ml en niñas. Testosterona > a 27 ng/dl en niños.	- Valores muy elevados orientan a PPP	- Indetectables o próximos al límite de detección.	
10. TEST de LHRH	- FSH < LH	- FSH y LH suprimidas, en rango prepupal.	- Patrón prepupal o intermedio	Patrón prepupal

*Elaboración propia a partir de las fuentes citadas

RESUMEN

Al identificar un paciente con PP es necesario avanzar en una completa anamnesis, un examen físico dirigido, y completar la evaluación con estudios de apoyo diagnóstico.

Existe una serie de estudios complementarios que permiten definir la etiología de la PP pesquisada, y orientan hacia cuál es el profesional más idóneo para avanzar en el abordaje de ese paciente, y la premura con la cual debe ser derivado.

El diagnóstico de pubertad precoz incompleta es de descarte. Los pacientes con esta condición requieren de un estrecho seguimiento en APS, con el fin de descartar la progresión hacia una pubertad precoz verdadera.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berberoğlu, M. (2009). Pubertad precoz y pubertad variante normal: definición, etiología, diagnóstico y manejo actual. *Revista de Investigación Clínica en Endocrinología Pediátrica*, 1 (4), 164-174. <http://doi.org/10.4274/jcrpe.v1i4.3>
2. J. Pozo Román, M.T. Muñoz Calvo. Pubertad precoz y retraso puberal. Pediatr Integral 2015; XIX (6): 389–410
3. Marcos Salas MV, Ibáñez Toda L. Pubertad precoz y pubertad adelantada. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2015. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2015. p. 95-105.
4. Carel, JC, Leger. Precocious Puberty. J; N Engl J Med 2008; 358; 2366-77
5. Temboury Molina MC. Desarrollo puberal normal. Pubertad precoz. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009;11 Sup I16; s127-s142

