
	SERVICIO PEDIATRÍA DEPARTAMENTO CLÍNICO-MALVARROSA	
PUBERTAD ADELANTADA		Endocrinología pediátrica
Julia Sánchez Zahonero, Inmaculada Tarazona Casany, Rocio García Dominguez y Ángel Valls Arévalo		<i>V1. Mayo 2020</i>

1. CONCEPTOS

En nuestro medio se considera pubertad adelantada:

- En niñas: la aparición del **botón mamario entre los 8 y 9 años de edad**.
- En niños: el aumento del **volumen testicular de 4 mL o más entre los 9 y 10 años de edad**.

Se considera una variante **normal** del desarrollo puberal. Corresponde al extremo temprano de la normalidad en la curva de distribución poblacional.

La evolución es la misma que en la pubertad normal (veremos respuesta hormonal y maduración ósea acelerada).

No requiere tratamiento frenador con análogos de la GnRH salvo por gran repercusión psicosocial, ya que los estudios no han demostrado mejoría del pronóstico de talla adulta con dicho tratamiento en esta entidad.

2. ¿CUÁNDO REMITIR UNA PUBERTAD ADELANTADA A ENDOCRINOLOGÍA INFANTIL?

Sólo en caso de **gran repercusión psicosocial**, como hemos señalado arriba.

Explicar a la familia que el tratamiento frenador, en estos casos, sólo es útil para que la niña no sufra psicológicamente por tener la regla a una edad temprana (la menarquia a los 9 años es un hecho frecuente en estas niñas), pero que no es útil para mejorar la talla.

No obstante, si la familia insiste en que desea el tratamiento frenador, se remitirá a Endocrinología Pediátrica.

*Sobre todo, nos referimos a niñas porque es 10 veces más frecuente en el sexo femenino.

3. DATOS QUE DEBE RECOGER LA INTERCONSULTA A ENDOCRINOLOGÍA INFANTIL POR PUBERTAD ADELANTADA: los mismos que en el caso de pubertad precoz

- Edad de aparición de signos puberales, rapidez de evolución de los mismos y si ha habido aceleración lineal de crecimiento.
- Descartar administración exógena de productos, medicamentos o tratamientos tópicos que contengan sustancias hormonales con efecto estrogénico.
 - P. ej: la esencia de árbol de té, muy usada para evitar pediculosis, tiene gran potencia estrogénica y puede provocar telarquia en niñas y ginecomastia en niños.

- Preguntar por antecedentes o síntomas neurológicos (infecciones, anomalías del sistema nervioso central, alteración del comportamiento, cefaleas, problemas visuales, traumatismo craneoencefálico...), pueden indicar una causa central de pubertad.
- Preguntar por la edad de aparición de signos puberales en padres y hermanos: edad de menarquia de la madre, edad del “estirón” del padre.
 - Estos caracteres suelen tener cierto componente hereditario (si la madre tuvo la menarquia con 9 años, es probable que sus hijas también maduren a una edad temprana).
- Exploración clínica: peso, talla y estadio madurativo de Tanner. Y en la niñas el estadio S de la mama (la aparición del botón mamario equivale a S2 de Tanner).
 - En niños con pubertad precoz el dato fundamental es el volumen testicular.
 - Y en la niñas el estadio S de la mama (la aparición del botón mamario equivale a S2 de Tanner).
- Exploraciones complementarias: es importante que antes de remitir al paciente, con el fin de ahorrarle el máximo número de visitas al hospital, le solicitéis siempre estas pruebas:
 - Tanto en niños como en niñas:
 - Radiografía de carpo de la mano no dominante para valorar edad ósea.
 - Hormonas: TSH, T4L, prolactina, LH, FSH, estradiol, testosterona.
 - Sólo en niñas:
 - Ecografía pélvica para que valoren el útero y los anexos.
 - En niños es muy fácil saber el volumen de la gónada palpándola y comparándola con el orquidómetro de Prader. En niñas, dicho volumen hay que medirlo ecográficamente.
 - **IMPORTANTE**: decir a la familia que el día de la ecografía lleve una botella de agua para que beba y tenga la vejiga llena en el momento de la técnica (así se ven mejor los ovarios).

BIBLIOGRAFÍA

- <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/56/adelanto-puberal>
- Manual de diagnóstico y terapéutica en Endocrinología Pediátrica. Editorial Ergon. Capítulo 17: Pubertad normal y variantes de la normalidad.