

Tabla 6. Criterios para el uso de GnRH en la pubertad precoz central idiopática.

Edad
<ul style="list-style-type: none"> • Niñas: edad de inicio de desarrollo mamario menor de ocho años (menor de siete años en niñas de origen mediterráneo) o menarquia antes de los nueve años • Niños: tamaño testicular > 4 ml antes de los nueve años
Ritmo de progresión
<ul style="list-style-type: none"> • Rápidamente progresivas al diagnóstico: relación maduración ósea/edad cronológica > 1,2
Pronóstico de talla final
<ul style="list-style-type: none"> • Talla pronosticada al diagnóstico inferior al percentil 3 de la población de referencia • Reducción de la talla pronosticada en 5 cm en cualquier momento del seguimiento
Factores psicosociales

Tabla 4. Diferentes análogos de GnRH. Dosis, frecuencia y vía de administración.

	Dosis	Administración
Preparaciones diarias		
Buserelina	1200-1800 µg/día	i.n. 4 dosis
	20-40 µg/kg	SC 1/día
Leuprorelina	20-50 µg/kg	SC 1/día
Triptorelina	20-40 µg/kg	SC 1/día
Preparaciones depot		
Triptorelina 3'75 mg	80-100 µg/kg	IM o SC / 21-28 días
Leuprorelina 11'25 mg	150-200 µg/kg	IM / 21-28 días
Goserelina 10'8 mg	-	IM / 3 meses

CÁLCULO TALLA DIANA:

TD varón: talla del padre + talla de la madre en cm + 13/2;

TD mujer: talla del padre + talla de la madre – 13/2.

PUBERTAD PRECOZ.

HOSPITAL SANT FRANCESC DE BORJA (diciembre 2014). ANA MARÍA GARCÍA MIGUEL (R1).

DEFINICIÓN: Aparición de caracteres sexuales secundarios antes de los ocho años en niñas y antes de los nueve en niños.

MANEJO

Clasificación.

Hª clínica.
Exploración física y gonadal.
Edad ósea (rx mano).
Velocidad de crecimiento.
Excepto en PPI hormonas.

Periférica: Esteroides sexuales ↑, eje inactivo.

Central: eje activo. Esteroides y gonadotrofinas ↑

Incompleta.

EO ↑

EO Normal.

Seguimiento.

-**Hormonas:** testosterona, estradiol, LH, FSH, cortisol, DHEA, DHEAs, y 17HP. En niños HCG.
-**Eco** pélvica o testicular, suprarrenal y abdominal.
-**SMA:** gammagrafía/serie ósea.

-**Crecimiento y EO:** ↑
- **LH y FSH, y estradiol/testosterona** en rango de pubertad.
-Solicitar **RMN craneal.**
+ -**Función tiroidea.**

1Telarquia: estrógenos, test LH-RH y eco pélvica + eco mamaria.
2Pubarquia: andrógenos, respuesta ACTH. Si otros signos de virilización eco y/o TAC abdominal y test dexametasona.
3Menarquia: eco pélvica, test LH-RH y estradiol.

Tratamiento.

Tto de la etiología de base:

Tumores: Qx +/- QT/RT.
Quistes ováricos: seguimiento.

Retirar exposiciones a esteroides sexuales si las hay.

HSC (hiperplasia suprarrenal congénita)/déficits metabolismo esteroideo: terapia glucocorticoidea.

SMA (Síndrome McCune Allbright): testolactona, Fulvestrant.

-1 dosis IM mensual, a 100 mg/Kg (**Triptorelina, 3,75 mg**). Durante los 10 días previos, y 10 días después de la primera inyección se puede asociar acetato de ciproterona.

*Suspender cuando EO 12 a en niñas y 14 a niños.

INDICACIONES DE TRATAMIENTO:

-PP clínica completa con niveles puberales de LH después del test de estimulación de la GnRH **Y (uno de ellos)**

-Edad cronológica < 8 a niñas y < 9 a niños.

-EO > 2 DE edad cronológica.

-Talla prevista: 2 DE (10 cm) o más por debajo de la talla genética diana o < 150 cm.

-Deterioro acelerado del crecimiento potencial y avance rápido de los síntomas puberales (predicción menarquía niñas < 9 años basada en datos ecográficos). **O**

-Alteración psicológica grave o razones debidas al comportamiento (decisión individualizada en casos de retraso mental, inmadurez emocional y trastornos del comportamiento).

SEGUIMIENTO: Exploración desarrollo puberal y crecimiento cada 3 -6 meses, edad ósea y niveles de LH y esteroides sexuales cada 6- 12 meses.