

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

<b>Edad</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 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</li><li>• Niños: tamaño testicular &gt; 4 ml antes de los nueve años</li></ul>
<b>Ritmo de progresión</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Rápidamente progresivas al diagnóstico: relación maduración ósea/edad cronológica &gt; 1,2</li></ul>
<b>Pronóstico de talla final</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Talla pronosticada al diagnóstico inferior al percentil 3 de la población de referencia</li><li>• Reducción de la talla pronosticada en 5 cm en cualquier momento del seguimiento</li></ul>
<b>Factores psicosociales</b>

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

	Dosis	Administración
<b>Preparaciones diarias</b>		
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
<b>Preparaciones depot</b>		
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.