

Protocolo de retraso puberal

J. López Carnero⁽¹⁾, P. Pérez Segura⁽²⁾, L. Soriano Guillén⁽³⁾

⁽¹⁾Médico Residente. Servicio de Pediatría. Fundación Jiménez Díaz. ⁽²⁾Médico Adjunto. Unidad de Endocrinología Infantil. Servicio de Pediatría. Fundación Jiménez Díaz. ⁽³⁾Jefe Asociado. Unidad de Endocrinología Infantil. Servicio de Pediatría. Fundación Jiménez Díaz. Profesor Titular de Pediatría, UAM.

Fecha de recepción: 15 de febrero 2017

Fecha de publicación: 28 de febrero 2017

Adolescere 2017; V (1): 82-84

Resumen

A continuación se presenta la actuación a seguir ante un retraso de la pubertad. El retraso puberal es una situación frecuente. En ambos sexos, la causa más frecuente es el simple retraso en su inicio, de etiología familiar o idiopática, que representaría alrededor del 60 % de los casos de retraso puberal en varones y del 30 % en mujeres.

Palabras clave: pubertad, retraso puberal

Abstract

The steps to manage delayed puberty are presented in this article. Pubertal delay is not uncommon. For both genders, the most frequent cause is simple delay in onset, of familial or idiopathic etiology, which represents about 60% of the cases of pubertal delay in men and 30% in women. Key words: puberty, pubertal delay.

Key-words: puberty, pubertal delay

Introducción

Se considera "retraso puberal", cuando no se ha iniciado a una edad 2-2,5 SDS por encima de la edad media de su aparición en la población de referencia. Las causas que pueden provocar un retraso puberal son múltiples. Una valoración básica inicial incluiría: una historia personal y familiar, una exploración física completa y una serie de pruebas complementarias que pueden variar en función de los hallazgos de la historia y exploración. (ver tabla 1 y figura 1)

Tabla 1. Aproximación a la anamnesis, examen físico y pruebas complementarias orientadas al diagnóstico de retraso puberal

Anamnesis	Examen físico	Pruebas complementarias
Historia previa	Datos antropométricos	Primer escalón
Ausencia de caracteres sexuales secundarios a los 13 años en niñas y a los 14 años en niños	Peso (percentiles para edad y sexo, SDS)	Hemograma y bioquímica general
Curvas de peso, talla e IMC.	Talla (percentiles para edad y sexo, SDS)	Metabolismo del hierro
Interrogatorio dirigido a:	IMC (kg/m ² , SDS)	Reactantes de fase aguda: (PCR y VSG)
- Trastornos de la conducta alimentaria	Tensión arterial (percentiles por edad y talla) y frecuencia cardíaca	Anticuerpos antitransglutaminasa IgA e IgA total
- Deportes de competición	Aspecto general	Estudio hormonal: - Función tiroidea: T4 y TSH - Inhibina B - LH y FSH basal, testosterona, 17-B-estradiol
- Patología endocrínológica, digestiva (EII, malabsorción), neurológica	Fenotipo. Descripción de rasgos dismórficos	Edad ósea
- Anosmia	Segmentos corporales. Defectos de la línea media, dentición .	Ecografía pélvica
- Ingesta de fármacos (psicótropos)	Estado nutricional: pliegues cutáneos y masas musculares	Segundo escalón
Antecedentes familiares	Lesiones cutáneas: hipopigmentación, estrías, ictericia y piel seca, acné.	Test LHRH (sospecha de hipogonadismo hipogonadotrofo)
Talla genética. Edad menarquía de la madre y pubertad del padre. Datos puberales de familiares de primer grado	Bocio	Andrógenos basales +/- test de ACTH (retraso puberal + hiperandrogenismo clínico)
Retraso constitucional de crecimiento y desarrollo	Exploración por aparatos	Cariotipo (sospecha de hipogonadismo hipergonadotrofo)
Infertilidad. Abortos de repetición	Estadio puberal	Tercer escalón
Patología endocrínológica y autoinmune. Anosmia	Tanner: telarquia, volumen testicular, pubarquia, axilarquia	Resonancia magnética craneal y de bulbos olfatorios
Antecedente de muerte súbita familiar	Genitales externos: tamaño del pene, testículos en bolsa escrotal, volumen y consistencia, coloración e bolsa escrotal. Tamaño del clítoris, aspecto de labios mayores y menores. Presencia de himen imperforado	Estudio genético orientado
Eventos vitales estresantes	Presencia de ginecomastia	
Antecedentes personales	Sentido del olfato	
Datos del embarazo y del parto. Antropometría al nacimiento	Hipoacusia	
Trastornos de diferenciación gonadal al nacimiento	Examen neurológico	
Cirugía de criptorquidia/maldescenso testicular/hernia inguinal		
Desarrollo psicomotor. Retraso mental		
Quimioterapia y radioterapia		

* Orientan a RCCD: 1) antecedentes familiares 2) adrenarquía retrasada 3) ausencia de micropene o maldescenso testicular bilateral 4) edad ósea retrasada con respecto a edad cronológica v 5) valores de inhibina dentro de la normalidad.

Figura 1. Algoritmo diagnóstico del retraso puberal

