

Telarquía precoz*

Por los Dres.:

RICARDO GÜELL,** JULIO GONZALEZ,*** REGINO PIÑEIRO****

Güell, R. et al. *Telarquía precoz*. Rev Cub Ped 48: 4, 1976.

Se presentan 34 niñas con telarquía idiopática, investigadas en el departamento de endocrinología infantil del Instituto de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas. Se constató que la época de aparición más frecuente fue entre el nacimiento y los 4 años de edad. Se comprobó que tanto la talla como la maduración ósea, se encontraban dentro de los límites normales. En 3 niñas el índice de sexualización era positivo (mayor de 6 cm) a la edad de 8 años. En ninguna de éstas han aparecido otros cambios puberales. Ocho pacientes presentaban frotis vaginal con actividad estrogénica aumentada en relación con su edad cronológica. Se comparan nuestros hallazgos con los registrados por otros autores, y se hace una revisión de la posible etiopatogenia de la entidad. Se señala, además, la conducta expectante que debe seguirse con estas pacientes.

La telarquía precoz es el desarrollo prematuro y aislado de las mamas sin que existan otros signos de cambio puberal; es considerada como una variante constitucional en el patrón de presentación de la pubertad. Desde el informe inicial de *Bronstein y Cassoria*,¹ en 1945, distintas series han aparecido en la literatura médica al respecto. Con este trabajo presentamos el primer grupo de tales pacientes investigados en nuestro medio.

MATERIAL Y METODO

Se realiza una investigación a 34 niñas portadoras de telarquía precoz proce-

denes de la consulta externa del departamento de endocrinología infantil del Instituto de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas, atendidas durante el periodo comprendido entre los años 1966 a 1973. A cada paciente se le realizó historia clínica completa, en la que se precisaron los datos referentes a la entidad. Se consideró, en la hembra, como índice positivo de sexualización a la diferencia entre la circunferencia torácica y la circunferencia de la cadera mayor de 6 cm a expensas de esta última. Se realizó además Rx de cráneo, edad ósea y frotis vaginal.

RESULTADOS

La telarquía se presentó antes de los cuatro años en 26 de nuestras pacientes; en el resto, la edad varió entre 4 y 8 años (cuadro I) y (figuras 1 y 2).

La distribución racial coincidió con la de la población general en nuestro país.

* Trabajo presentado en la XVIII Jornada Nacional de Pediatría, Cienfuegos, L. V., diciembre 12 al 14 de 1974.

** Especialista de primer grado en endocrinología. Jefe del departamento de endocrinología infantil del Instituto de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas (IEEM). Vedado, Habana 4.

*** Especialista de primer grado del IEEM.

**** Residente de segundo año del IEEM.

CUADRO I
TELARQUIA PRECOZ

Años	Casos
0 - 1	22
2 - 4	4
5 - 8	8

IEEM-252-74

El desarrollo mamario fue bilateral en 31 niñas (cuadro II). En todas, tanto la areola como el pezón eran de tipo infantil.

En 23 pacientes la telarquia se ha mantenido invariable durante toda su evolución; mientras que en 8, el desarrollo mamario regresó completamente en periodos variables de tiempo, ya que reapareció en 2 de ellas antes del año (cuadro III).

La talla fue normal en todas, menos en 2 pacientes en las que se encontraba disminuida. El ritmo de crecimiento fue normal en todas las pacientes. El peso era normal en 22, disminuido en 7 y aumentado en 5 (cuadro II).



Figuras 1 y 2. Telarquia precoz en una niña de 4 años



Figura 2.

El índice de sexualización determinado en la primera consulta fue negativo (menos de 6 cm) en todas las niñas. Posteriormente 3 de ellas han presentado este índice positivo a la edad de 8 años, sin que se acompañara de otros cambios puberales.

En 8 pacientes se recoge el antecedente de hiperplasia mamaria en el periodo de recién nacido, que se comportó de la siguiente manera: en 2 de ellas desapareció a los 2 y medio y 5 años de edad respectivamente; en una desapareció a los 2 meses, y reapareció a los 7 meses de edad; y en 5 de ellas aún está presente, independientemente de la edad.

La maduración ósea estaba acelerada, en 3 años, en una paciente; retrasada 2 y medio años en otra; y, normal en las 30 restantes. En 2 pacientes no se había realizado aún esta investigación. La radiografía de cráneo fue normal en todas las pacientes. El frotis vaginal presentó actividad estrogénica en 8 pacientes; 23 tenían imagen atrófica y en 3 no se realizó (cuadro IV).

COMENTARIOS

El primer signo de pubertad aparece normalmente en las niñas entre los 8 y 13 años de edad, representado por el aumento en más de 6 cm de la circunferencia torácica. Posteriormente aparece la telarquía, más tarde el vello pubiano y axilar y finalmente se presenta la menarquia, acompañado todo esto del incremento en la talla corporal.

El desarrollo de cualquiera de estos caracteres sexuales secundarios en la hembra, incluida la cornificación del epitelio vaginal, antes de la edad de 8 años, se consideró como un signo de precocidad sexual, y puede obedecer a distintas causas.^{2,5}

Wilkins⁵ considera que el desarrollo aislado de las mamas puede ser observado durante cualquier época de la niñez, y es lo que se conoce con el nombre

CUADRO II
TELARQUIA PRECOZ

Síntomas y signos	No. de casos
Pezones ⁶ y areolas infantiles	34
Telarquia bilateral	31
Telarquia unilateral	3
Ritmo de crecimiento normal	34
Baja talla discreta	2
<i>Otros hallazgos:</i>	
Sobre peso	5
Bajo peso	7

IEEM-250-74

CUADRO III
TELARQUIA PRECOZ

Evolución de los casos revisados	
Desaparición	6
Estacionaria	23
Desaparición/aparición	2
Se ignora (no volvieron a consulta)	3

IEEM-249-74

CUADRO IV
TELARQUIA PRECOZ

Exámenes complementarios	Casos
Frotis vaginal actividad estrogénica	8/31
Frotis vaginal atrófico	23/31
Rx cráneo normal	34/34
Edad ósea normal	30/32
Edad ósea retrasada	1/32
Edad ósea acelerada	1/32

IEEM-251-74

de "telarquía precoz". La revisión de los casos en las distintas series, concuerda, en que la mayoría se encuentran en edades comprendidas entre 1 y 3 años,^{2,3} tal como ocurrió en 24 de nuestras pacientes.

El desarrollo de las mamas es más frecuente de tipo bilateral, aunque a veces puede presentarse de forma unilateral y, tanto el pezón, como la areola, permanecen infantiles.

Cierto número de pacientes han presentado regresión parcial o total de la telarquía, en meses o años; mientras que en otras permanece durante toda la infancia y se continúa más tarde con el desarrollo mamario de la pubertad. En 8 de nuestras pacientes se comprobó regresión de la telarquía en periodos variables de tiempo, y fue significativo que en 2 de ellas el desarrollo mamario reapareciera antes del año en igual forma e intensidad; hecho este, que ya se ha informado con anterioridad.²

El crecimiento longitudinal, el desarrollo óseo y la excreción hormonal, en estas niñas, están en relación con su edad cronológica. Los genitales permanecen infantiles y el resto de los cambios puberales y la menarquía ocurren en la época esperada.^{2,3}

Ninguna de nuestras pacientes había completado su pubertad, aun cuando 3 ya presentaban un índice de sexualización mayor de 6 cm, como inicio de ésta, al finalizar nuestra investigación.

Todos estos hechos ayudan a diferenciar la telarquía precoz idiopática, de la consecutiva al exceso de estrógenos administrados de forma exógena (por ingestión accidental de distintos preparados hormonales); o bien de causa endógena, por tumores de ovario (tumores de la granulosa o quistes tealuteínicos) productores de grandes cantidades de estrógenos, en los que la areola y el pezón están intensamente pigmentados, hay aceleración de la talla, el peso y la maduración ósea, y suelen acompañarse de sangramiento vaginal irre-

gular o mensual (anovulatorio). La telarquía precoz se diferencia de la pubertad precoz verdadera por la ausencia de otros signos de pubertad.^{2,6,11}

*Thandrup*² ha informado 2 pacientes con disfunción neurológica, asociación que no hemos encontrado entre nuestras pacientes.

La etiopatogenia de la telarquía precoz no ha sido determinada aún. La ausencia de otros signos de estrogenización ha hecho pensar a *Talbot*¹² que la misma representa la sensibilidad exagerada del tejido mamario a los niveles normales de estrógenos circulantes durante la infancia. Sin embargo, el hallazgo de actividad estrogénica en el frotis de mucosa vaginal, tal como hemos visto en 8 pacientes de nuestra serie, ha sido señalado por otros autores^{13,14} como un verdadero "efecto estrogénico". *Grumbach* y *colaboradores*¹⁵ consideran que tal efecto tiene una duración mucho más corta en la mucosa vaginal que en el tejido mamario, lo que explica por qué muchas niñas, cuando son examinadas por primera vez en consulta, a pesar de tener desarrollo mamario, presentan frotis vaginal atrófico y persisten los cambios en la mama por mucho más tiempo, aun cuando el efecto estrogénico haya cesado.

Kraus y *Neubeker*¹⁴ han encontrado en varias niñas el desarrollo de folículos primordiales de Garff con luteinización parcial de la teca interna, y consideran tales cambios de ocurrencia común. *Merril*¹⁶ demostró que durante el segundo año de edad, el 90% de los ovarios contienen quistes foliculares. Se desconoce si el estímulo para este desarrollo abortivo del folículo surge de factores ováricos intrínsecos o de mínimas cantidades de gonadotropinas, no detectables por los métodos habituales. No es improbable que la telarquía precoz pueda ser atribuida a estrógenos secretados por los folículos referidos por *Kraus*, especialmente aquéllos que se vuelven quísticos y luteinizados.

Como la maduración de los folículos es un hecho común, y la telarquia prematura no es tan frecuente, pudiera plantearse que sólo algunos folículos alcanzan un cierto grado de tamaño o maduración que los haga capaces de secretar la cantidad suficiente de estrógeno para producir el desarrollo de las mamas. La estimulación estrogénica transitoria, por un folículo ovárico luteinizado, puede ser la explicación de la telarquia precoz según estos autores.

Thandrup² en su serie no encuentra alteraciones adrenales, e informa excreción urinaria normal de gonadotropina y 17-cetosteroides. Blizzard y colaboradores informan niveles normales de LH en suero, para la edad cronológica, en pacientes portadoras de telarquia precoz.^{10,11}

En ocasiones, la hiperplasia de las mamas se continúa en la infancia con la telarquia prematura. La hiperplasia

neonatal de las mamas, de origen aún impreciso, es causada probablemente por estrógenos procedentes de la corteza fetal infantil¹ o por el paso, al feto, de estrógenos procedentes del medio materno, a través de la placenta. La relación que estas entidades guardan entre sí es desconocida, aunque es muy probable que existan puntos comunes en su origen.

Conducta que debe seguirse

Por su carácter benigno, a veces transitorio, la telarquia precoz no requiere tratamiento específico; en ésta la conducta que debe seguirse es expectante, y la paciente debe ser vista periódicamente en busca de otros cambios de madurez sexual. Es preciso tener en mente que, en ocasiones, la telarquia es la forma de iniciarse la pubertad precoz; en tales casos, la conducta que debe seguirse, se modificará de acuerdo con la causa de aquélla.

SUMMARY

Guell, R. et al. *Early thelarche*. Rev Cub Ped 48: 4, 1976.

Thirty-four girls with idiopathic thelarche were studied at the pediatric service of the Institute of Endocrinology and Metabolic Diseases. Thelarche was most frequently found between birth and 4 years old. Both height and bone maturation were within normal limits. The index of sexualization was positive in three 8-year-old girls (above 6cm). No other puberal changes were found in these patients. In 8 patients, vaginal smears showed increased estrogenic activity in relation to chronologic age. Results are compared to those reported by other authors, and a review of the possible pathogenesis of this entity is made. These patients should be closely followed.

RESUME

Guell, R. et al. *Thelarche précoce*. Rev Cub Ped 48: 4, 1976.

Les auteurs présentent le cas de 34 filles avec thélarche idiopathique, étudiées au département d'endocrinologie infantile de l'Institut d'Endocrinologie et de Maladies Métaboliques. On a constaté que l'époque d'apparition la plus fréquente a été celle qui va de la naissance à l'âge de 4 ans, et que tant la taille que la maturation osseuse étaient dans les limites normaux. Chez 3 filles l'indice de sexualisation était positif (plus de 6 cm) à l'âge de 8 ans. Il n'y a pas d'autres changements pubertaires chez ces enfants. Huit des patientes présentaient frottis vaginal avec activité oestrogénique augmentée par rapport à leur âge chronologique. Nos trouvailles sont comparées à celles des autres auteurs, et on fait une révision de la possible étiopathogénie de l'entité. En plus, on signale l'attention qu'on doit maintenir avec ces patientes.

РЪЗУМЕ

Гуалл Р., и др. Ранная телархия. Rev Cub Ped 48:4,1976.

Представляются 34 девочек с идиопатическим телархизмом, изученных в отделе детской эндокринологии Института Эндокринологии и Метаболических заболеваний. Наблюдается, что чаще встречается между рождением и 4 лет возраста. Было доказано, что так рост как и костное созревание были в пределах нормальных границ. У 3 детей показатель сексуализации был по ложительным (более 6 см) при 8 лет. Ни у одного не обнаруживали других пубертальных изменений. Восемь пациентов показали втагаллшние экстензий с повышенным эстрогенным активностям по отношению к хронологическому возрасту. Наши находки сопоставляются с теми сделанными другими авторами и рассматривается возможную этиопатологическую заболеванию. Также - указывается как надо ухаживать за этим пациентам.

BIBLIOGRAFIA

1. Bronstein, I. P.; Cassorla, E. Breast enlargement in pediatric practice. Med Clin North Am 30: 121, 1946.
2. Thandrup, E. Premature thelarche: Precocious sexual development. Munksgaard, Copenhagen, 1961.
3. Guell, R. Temas de Endocrinología Infantil. Algunas variantes en el desarrollo puberal. 1ra. Ed. Editorial Organismos. Habana, 1974.
4. Hubble, D. Puberty. En: Paediatric endocrinology. Douafer Hubble (Ed) 1st Ed. Blackwell Scientific Publications Oxford and Edinburgh, 1969.
5. Wilkins, L. The diagnosis and treatment of endocrine disorders in childhood and adolescence 3 ed. Springfield, Ill. Charles, O. Thomas, 1965.
6. Basel, J. A.; Blizzard, R. M. Influencia de las glándulas endocrinas sobre el crecimiento y desarrollo. En tratado de endocrinología, Robert H. Williams (Ed) Salvat Editor S.A. Barcelona, 3ra. Ed. 1969.
7. Seckel, H. P. G. Precocious sexual development in children. Med Clin North Am 30: 183, 1946.
8. Polhemus, D. W. Ovarian maturation and in children. Pediatrics 11: 588, 1953.
9. Eberlein, W. R. et al. Ovarian tumours and eysts associated, with sexual precocity. J Pediatr 57: 484, 1960.
10. Silver, H. K.; Sami, D. Premature development of the breast. Pediatrics 34: 107, 1964.
11. Dresch, C. et al. Etude de 32 cas de développement premature isolé de seins ou, "Premature Thelarche". Acta Paediatr Scand 15: 585, 1960.
12. Talbot. Citado por Thandrup.²
13. Grumbach, M. M. et al. A simplified procedure for evaluating strogenic effects and the sex chromatin patterns in exfoliated cells in urine in premature thelarche and ginecomastia of adolescente. J Pediatr 66: 883, 1965.
14. Kraus, F. T.; Neubeker, R. D. Luteinization of the ovarian theca in infant and children. Am J Clin Pathol 37: 389, 1962.
15. Merrill, J. A. The morphology of the pre-pubertal ovary. Southern Med J 56: 225, 1963.
16. Blizzard, R. M. et al. Recent development in the study of gonadotrofin secretion in adolescence. En: Adolescent endocrinology, 1st. Ed. Butterworths London, 1970.
17. Kenny, M. et al. Radioimmunoassayable serum LH and FSH in girls with sexual precocity, premature thelarche and adrenarche. J Clin Endocrinol Metab 29: 1273, 1969.

Recibido el trabajo: abril 2, 1975.