



PUBERTAD PRECOZ: ENFOQUE EN APS

Autor: Dra. Diana Collazos Euscátegui. Residente Medicina Familiar mención niños UCM.
Revisor: Dra. Francisca Rojas Morales. Docente Subdepartamento Medicina Familiar UCM

Resumen:

La pubertad precoz se define como la aparición de caracteres sexuales secundarios antes de los 8 años en niñas y antes de los 9 años en varones¹. Se evidencia un aumento en la prevalencia de predominio femenino, además de un adelanto en la edad promedio de aparición de la menarquia en varias series². En atención primaria, donde a menudo los paraclínicos son limitados, la prioridad está en la diferenciación de las variantes normales de los casos de pubertad precoz patológica. En este artículo se sintetizarán algunos criterios clínicos claves para su distinción con énfasis en la anamnesis y examen físico completo, asociado al uso de la radiografía de edad ósea y la ecotomografía pélvica femenina, cuando esté disponible; con el fin de identificar oportunamente los casos susceptibles de derivación a especialidad.

Introducción:

La edad de inicio puberal ha mostrado un adelanto secular²; asociado posiblemente a factores genéticos y ambientales, estos últimos, sujetos de estudio en los últimos años. La evidencia demuestra un papel importante de la obesidad infantil en el adelanto puberal, sobre todo en niñas²; explicado por algunos mecanismos fisiopatológicos que incluyen el aumento de leptina, aromatización periférica de andrógenos a estrógenos y resistencia insulínica que modula el eje hipotálamo-hipófisis-gónadas³. Por otra parte, los disruptores endocrinos (ftalatos, fenoles/parabenos y, en informes aislados, aceites esenciales como lavanda/árbol de té) muestran asociaciones heterogéneas y generalmente débiles con hitos puberales adelantados; la plausibilidad biológica existe, pero la evidencia causal en humanos es limitada.^{4,5}

El médico de atención primaria actúa como filtro esencial para distinguir variantes benignas de PP determinando la necesidad de pruebas, tratamiento y derivación; para ello es fundamental la claridad en los conceptos expuestos a continuación.

Desarrollo:

Variantes normales de la pubertad

- **Telarquia prematura aislada:** aparición de tejido mamario uni o bilateral, sin aceleración significativa de la velocidad de crecimiento, ni avance de la edad ósea (EO); si aparece entre 5–7 años hay riesgo de progresión (aprox. 15–20%)¹
- **Pubarquia/adrenarquia prematura aislada:** vello pubiano/axilar sin telarquia ni aumento testicular y con EO no adelantada; suele reflejar reactivación adrenal normal.¹
- **Pubertad adelantada:** inicio próximo al límite inferior de la normalidad (8–9 años niñas y 9–10 años niños), frecuentemente familiar y sin necesidad de intervención si no hay EO acelerada, ni progresión rápida de los caracteres sexuales secundarios.^{1,6}

Abordaje diagnóstico en Atención Primaria

Ante la sospecha clínica, la evaluación en atención primaria, debe priorizar elementos que permitan estratificar el riesgo:

- **Anamnesis:** documentar de manera explícita la edad de inicio, secuencia de caracteres sexuales y el ritmo de progresión; especificar los antecedentes perinatales (como la



enfermedad hipóxico-isquémica); uso de medicamentos o productos tópicos (andrógenos, estrógenos tópicos o cosméticos); antecedentes de patología SNC y síntomas neurológicos (cefalea, vómitos, alteraciones visuales). Además, indagar sobre historia familiar de pubertad precoz, registrar edad de menarquia de familiares de primer grado (línea materna y paterna) y crecimiento parental para estimar talla objetivo genética.^{1,7}

- **Examen físico completo:** con énfasis en peso, talla, IMC; creación y/o evaluación de la curva talla/edad, para descartar crecimiento acelerado; evaluación de la telarquia (distinguir de tejido adiposo a través de la palpación), medición del volumen testicular (con orquidómetro idealmente) y avance en vello púbico para establecer el estadio de Tanner; identificar signos de virilización; dismorfias o manchas cutáneas hipo o hipercrómica sugestivas de síndromes neuro-cutáneos; y evaluación neurológica, incluidos campos visuales.^{1,6,7}
- **Radiografía de edad ósea:** herramienta útil para diferenciar variantes normales de pubertad precoz activa. Una EO acorde o solo ligeramente adelantada favorece vigilancia; sin embargo, la EO adelantada >2 DE a la edad cronológica, apoya derivación para realizar pruebas endocrinas o imagenológicas complementarias.⁸
- **Ecotomografía pélvica femenina transabdominal:** no siempre disponible, deberá realizarse con transductor de alta frecuencia, y aunque es operador dependiente, puede aportar evidencia de activación del eje hipotálamo-hipófisis-gónadas en niñas (Volumen ovárico >2 mL, longitud de útero > 35 mm, diámetro anteroposterior cuerpo del útero > 10 mm, presencia de línea endometrial.)⁹
- Las pruebas endocrinológicas y las imágenes avanzadas, deben solicitarse según sospecha clínica y están generalmente disponibles en atención secundaria por lo que se reservarán para ser solicitadas por especialidad.

Signos que orientan hacia pubertad precoz patológica (central o periférica)

En pacientes femeninas con telarquia antes de los 8 años con progresión rápida de caracteres sexuales secundarios, velocidad de crecimiento aumentada, EO adelantada (≥ 2 DE), signos de virilización franca, y menarquia precoz (<8 años); deben considerarse indicativos de pubertad precoz.¹

En varones el aumento testicular significativo (≥ 4 mL) o unilateral en menores de 9 años precisa evaluación especializada; dada la mayor probabilidad de etiología orgánica intracraneal.¹

En ambos sexos la aparición de caracteres contrasexuales, la asociación a manchas café con leche, crisis gelásticas o cualquier alteración del examen neurológico, obliga a descartar patología secundaria de pubertad precoz en nivel secundario.¹

En atención primaria se deberá hacer un seguimiento estricto a las variantes normales de la pubertad, en búsqueda de signos de alarma; además de medidas de promoción y prevención enfocadas al manejo del exceso de peso mediante intervención nutricional y actividad física³. Por otra parte, ofrecer apoyo psicosocial y educación a la familia es fundamental en el abordaje de la pubertad precoz y sus variantes.^{1,3}

Conclusión:

La pubertad precoz requiere en APS una evaluación cuidadosa centrada en anamnesis detallada y examen físico, apoyada por radiografía de edad ósea y ecografía pélvica cuando estén disponibles. Diferenciar variantes benignas, de formas patológicas se basa en la progresión clínica, velocidad de crecimiento y adelanto de la edad ósea. La obesidad y exposiciones ambientales pueden contribuir al adelanto puberal; su manejo y la educación familiar son medidas preventivas útiles. Derivar con prontitud ante EO >2 DE, progresión rápida, virilización, aumento testicular o síntomas neurológicos garantiza diagnóstico y tratamiento oportunos.



Referencias:

1. Galiano Alonso E, Pozo Román J. Pubertad precoz y adelantada. *Pediatría Integral*. 2025;29(4):226–39.
2. Zhang X, Xu Y, Yan L, et al. Global prevalence and incidence of precocious puberty: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2025. doi:10.1186/s12889-025-25723-4.
3. Wang Y, Gou H, Guo J. Risk factors for precocious puberty: a systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*. 2025;176:107427.
4. Rivera-Núñez Z, Kinkade CW, Zhang Y, et al. Phenols, Parabens, Phthalates and Puberty: a systematic review. *Curr Environ Health Rep*. 2022;9(4):517–34.
5. Hawkins J, Hires C, Dunne E, Baker C. The relationship between lavender and tea tree essential oils and pediatric endocrine disorders: systematic review. *Complement Ther Med*. 2020;49:102288.
6. Pozo Román J, Muñoz Calvo MT. Pubertad precoz y retraso puberal. *Pediatr Integral*. 2015;XIX:389–410.
7. Freire A, et al. Pubertad precoz. Recomendaciones de la Sociedad Latinoamericana de Endocrinología Pediátrica para la práctica clínica. *Acta Pediatr Mex*. 2025;45(Suppl 4):S80–S88. doi:10.18233/apm.v45iS4.2957
8. Martin DD, Calder AD, Ranke MB, Binder G, Thodberg HH. Accuracy and self-validation of automated bone age determination. *Sci Rep*. 2022;12:6388. doi:10.1038/s41598-022-10292-y
9. Perret C, Pérez C. Manual de Pediatría. En: Escuela de Medicina. 3.^a ed. 2025. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/manual-de-pediatria-tercera-edicion/>