

Revista Mexicana de Pediatría

Volumen
Volume **70**

Número
Number **5**

Septiembre-Octubre
September-October **2003**

Artículo:

Quiste folicular de ovario asociado a seudopubertad precoz. Presentación de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Sociedad Mexicana de Pediatría, AC

Otras secciones de
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Quiste folicular de ovario asociado a seudopubertad precoz. Presentación de un caso

(follicular ovarian cyst in a case of precocious pseudopuberty)

Ma. del Rosario Ortiz Almeralla,* Rubén Avilés Cobián,** Aravella G Sánchez García,* Lino E Cardiel Marmolejo,*** Armando Sierra Tortolero****

RESUMEN

Se presenta el caso de una niña de cuatro años con seudopubertad precoz (signos secundarios de pubertad Tanner II), a quien se hizo el diagnóstico de quiste de un ovario. Se le intervino confirmando la presencia de un quiste folicular en el ovario izquierdo. Éste fue resecado y gradualmente los signos de pubertad involucionaron. Se discute la manera de discriminar entre los pacientes con pubertad precoz isosexual verdadera y la seudopubertad periférica.

Palabras clave: Quiste folicular de ovario, seudopubertad precoz, sangrado vaginal precoz.

SUMMARY

The case of a four year-old girl with precocious pseudopuberty (secondary signs of puberty Tanner II) is presented. The diagnosis of an isolated ovarian cyst was done. She was surgical intervened confirming the presence of an ovarian follicular cyst and it was extirpated. After that, gradually the signs of puberty were disappearing. It is discuss the way to discriminate among the patients with puberty precocious true isosexual and the outlying pseudopuberty.

Key words: Cyst ovary follicular, precocious vaginal bled, pseudopuberty.

Se sabe que la pubertad es un proceso biológico que ocurre en la etapa final del crecimiento somático, mediante la cual el hombre adquiere su capacidad reproductiva. La edad de inicio varía por circunstancias probablemente genéticas y con certeza, por factores relacionados con la alimentación, la actividad física y el estado de salud; sin embargo en México y otros países latinoamericanos la edad inicio de esta etapa varía entre 9 y 13.5 años en la mujer y 11 y 14 años en los varones. Cuando aparecen los signos clínicos del inicio de la pubertad antes del límite inferior (9 y 11 años) se habla de **pubertad precoz**.^{1,4,5}

Aunque la pubertad precoz en las mujeres suele calificarse como idiopática, por no encontrar alguna causa a qué atribuirla, a la pubertad precoz periférica, por lesiones adrenales, se le conoce como seudopubertad.¹⁻⁴ En esta comunicación se presenta un caso de esta enfermedad en una preescolar.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una niña de cuatro años de edad en la que sus padres habían notado cierto crecimiento de las glándulas mamarias y desde una semana atrás, aparición de sangrado vaginal. Su peso era de 15.5 kg y su talla de 101 cm (percentil 50). A la exploración se constató la presencia del sangrado vaginal y signos de pubertad Tanner II, sin otro dato anormal; se solicitaron exámenes de laboratorio.

Los estudios de rutina, biometría, química sanguínea, electrolitos séricos y tiempo de sangrado, fueron normales; el perfil hormonal dio: estradiol 85.6 pg/mL (normal,

* Médico residente en Pediatría.

** Endocrinólogo Pediatra.

*** Jefe de la Unidad de Neonatología.

**** Cirujano Pediatra.

10.0 a 36 pg/mL) y las hormonas luteinizante (HL) y progesterona, se reportaron normales. El perfil tiroideo fue normal. Un examen por ultrasonido reportó: útero aumentado de tamaño: aproximadamente 5.8 x 3.1 x 2.2 cm. Éste se encontró en anteversión, central con morfología conservada, el miometrio era homogéneo y sin alteraciones; el endometrio se observó central, lineal, ecogénico y con un grosor de 3 mm. El ovario derecho midió 2.9 x 1.9 x 1.2 cm, en sus ejes mayores, con un volumen de 3.4 mL³. En el izquierdo se observó una imagen anecoica, redondeada, adherida a la pared inferior y lateral izquierda, midió 5.8 x 4.2 x 3.6 cm, con un volumen aproximado de 45 mL, sospechoso de un quiste complejo. Por otro lado, la edad ósea se estimó en 5 años. La resonancia magnética fue normal.

Se le hizo una laparotomía exploratoria y se le resecó del ovario izquierdo un quiste. El estudio histopatológico informó: quiste ovárico folicular de 4.3 x 2.2 x 2.5 cm, de color blanco grisáceo, de superficie externa lisa y de forma ovoide irregular. La resección logró detener la progresión de los caracteres sexuales secundarios: cuatro semanas después de la cirugía la concentración de estradiol se normalizó y seis meses después mostró regresión del desarrollo mamario. No ameritó ser tratada con ningún medicamento.

DISCUSIÓN

En el presente caso, la elevada concentración de esteroides, como único dato anormal entre los exámenes de laboratorio, y la ecosonográfica, que mostró una imagen sugestiva de un quiste en el ovario izquierdo, hizo suponer que se trataba de una niña con pubertad precoz periférica. En esta enfermedad la secreción de esteroides, adrenales o gonadales, independiente de las gonadotropinas hipotálamo-hipofisiarias, es la responsable de la aparición temprana de caracteres sexuales, sean éstos del sexo genético u opuesto, es lo que caracteriza a esta enfermedad.^{1,6}

Entre los tumores del ovario capaces de secretar estrógenos, el quiste folicular es el más frecuente; puede aparecer y alcanzar gran tamaño o involucionar espontáneamente y con ello desaparecer los signos puberales y el sangrado vaginal.^{1,4} La frecuencia con la que causa seudopubertad precoz es de 1%.^{7,8} En general, durante los dos primeros años de la vida los tumores de ovario son raros, pero los quistes son relativamente frecuentes.^{1,7,8} De los dos a los cinco años de edad las manifestaciones de pubertad precoz deben hacer pensar en quiste de ovario.^{7,8} Así, desarrollo mamario y el sangrado vaginal, por producción de estrógenos ováricos, son signos que permiten plantear esta posibilidad diagnóstica, como aconteció en este caso.⁴

Los estudios hormonales y el ultrasonido son indispensables para diferenciar si se trata de una **pubertad precoz central** (o verdadera) o se trata de una **pubertad precoz periférica** (o seudopubertad precoz); en esta última las gonadotropinas no se encuentran elevadas, pero sí hay elevación de los esteroides sexuales.^{4,7} La presencia de quistes ováricos bilaterales se ha relacionado con pubertad precoz isosexual verdadera (la elevada concentración de esteroides sexuales puede acelerar la maduración del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal), mientras el quiste ovárico unilateral en combinación de macroquistes, es sugestiva de seudopubertad precoz.⁹

En el diagnóstico es pertinente buscar información de antecedentes familiares y la posibilidad de exposición a estrógenos o andrógenos tópicos u orales (según el caso).² Los datos antropométricos y una observación cuidadosa de los signos secundarios de identificación del estadio de la maduración de acuerdo a los criterios de Tanner (II). A un lado de la exploración de los genitales y de las glándulas mamarias, la presencia de acné, hirsutismo e hipertricosis son también importantes de registrar.

Como ya se mencionó, la determinación de esteroides y gonadotropinas permiten discriminar entre la pubertad precoz central de la periférica, pues por definición, esta última no es dependiente de gonadotropina² (*Figura 1*). En ocasiones es necesario estudiar la respuesta de las suprarrenales a la ACTH con el fin de descartar una posible hiperplasia suprarrenal congénita o tumores suprarrenales; ante esta disyuntiva se investigan marcadores tumorales, como la fracción B-HCG y la alfa fetoproteína. Entre los estudios imangenológicos, la edad ósea y un ultrasonido del abdomen son imprescindibles; la tomografía computarizada o la resonancia magnética son necesarias, sólo cuando los estudios previos dejen alguna duda por aclarar. En el presente caso, la concentración de estradiol y la evidencia de una masa quística, detectada por ultrasonido, planteó el diagnóstico que fue confirmado en la laparotomía exploratoria.

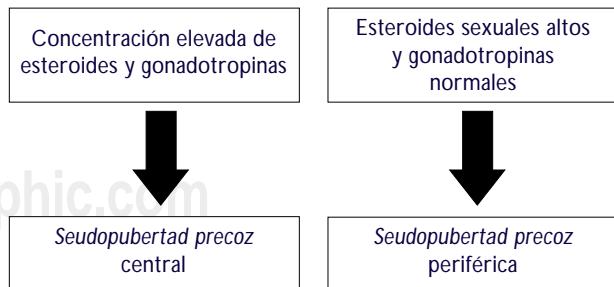


Figura 1. Diagnósticos de presunción de acuerdo a los exámenes de laboratorio.

Referencias

1. Montero-González P. *Pubertad normal y anormal, PAC Endocrino I.* 1^a ed. México: Sociedad Mexicana de Nutrición Endocrinología, 2001.
2. Lee PA, Kulin HE, Guo R. Age of puberty among girls and the diagnosis of precocious puberty. *Pediatrics* 2001; 107: 1493-6.
3. Palmert MR, Boepple PA. Variation in the timing of puberty: Clinical spectrum and genetic investigation. *J Clin Endocrinol Metab* 2001; 86: 2364-8.
4. Calzada-León R, Escalante-Herrera A. *Enfermedades endocrinas en niños y adultos.* México: Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, 2001: 73-6.
5. Rosenfield RF, Bachroach JK, Chernausek SD, Gottchalk M, Hardin DS, Pescovitz O et al. Current age of onset of puberty. *Pediatrics* 2000; 106: 622-6.
6. Oerter-Klein K. Precocious puberty: Who has it? Who should be treated? *J Clin Endocrinol Metab* 1999; 84: 411-14.
7. Liapi C, Evain-Brion D. Diagnosis of ovarian follicular cysts from birth to puberty: A report of twenty cases. *Acta Pediatr Scand* 1987; 76: 91-6.
8. Chin JL, Alexander AL, Latrónico AC, Marui S, Fragoso MC, Martín MR et al. Origin of an ovarian steroid cell tumor causing isosexual pseudoprecocious puberty demonstrated by the expression of adrenal steroidogenic enzymes and adrenocorticotropin receptor. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85: 1211-14.
9. King LR, Siegel MJ, Solomon AL. Usefulness of ovarian volume and cysts in female isosexual precocious puberty. *J Ultrasound Med* 1993; 12: 577-81.

Correspondencia:
María del Rosario Ortiz Almerella
Hospital General de México
Dr. Balmis 148 Col. Doctores,
Delegación Cuauhtémoc
C.P. 06720
Teléfono 55 88 01 00 Ext. 1413.

