
Menarquia prematura. Reporte de dos casos y revisión de la literatura

Dr. José Reyes-Noyola, Dr. Douglas Várela**, Dra. Lesby M. Espinoza**, Dr. Guillermo Pinel****

RESUMEN

Se presentan dos casos de Menarquia prematura que fueron diagnosticados y tratados en el Hospital Escuela-Bloque Materno infantil, y manejados en la Consulta Externa de Pediatría. En ambos casos el síntoma principal fue sangrado transvaginal, se les realizó estudios no invasivos.

En esta revisión se comenta la definición, epidemiología, criterios diagnósticos, análisis laboratoriales, diagnóstico diferencial y pronóstico.

INTRODUCCIÓN

Se ha venido informando disminución progresiva de la edad de la menarquia en los Estados Unidos y Europa por lo menos desde el siglo XIX. La aceleración de este evento ha sido entre tres y cuatro meses por década, o sea, aproximadamente de un año por generación. La edad de la menarquia es de 2.5-3.5 años antes de lo que era hace un siglo (1)- Asimismo en la presente década se ha observado un incremento musitado de casos de pubertad precoz, particularmente en pacientes menores de sexo femenino. Pero con mayor frecuencia que pubertad precoz, se presentan ciertas variaciones de lo que se considera el desarrollo normal (2). Este peculiar tipo de precocidad sexual femenina, menarquia prematura, es raramente descrito o estudiado, probablemente porque es benigno y escaso. El propósito de la siguiente revisión es dar a conocer dos casos de pacientes atendidos en Consulta Externa de Endocrinología Pediátrica del Hospital Escuela.

REPORTE DE CASOS

CASO 1.

Paciente de 4 años, preescolar, procedente del Barrio

San Rafael, Tegucigalpa, evaluada el 15/Mayo/1998 en Instituto Hondureño de Seguridad Social, con historia de tres días de sangrado transvaginal en moderada cantidad. Es su primer episodio. Niega otros síntomas.

El día siguiente al ingreso presenta sangrado transvaginal, se interconsultó a Endocrinólogo y se decidió iniciar Medroxiprogesterona, la cual recibió por siete días. Fue egresada 14 días después de su ingreso sin sangrado-

Antecedentes familiares negativos-Examen físico: buen estado general, sin apariencia de enfermedad. Peso: 15.5 kg, Talla: 103 cm., FC:84x' Examen segmentario normal. No evidencia de sangrado transvaginal. Tanner I. Exámenes de laboratorio y Gabinete:

- Examen general de orina: eritrocitos: 60 por campo; Leucocitos: 3 por campo; sangre +++
- Hemograma: Ht: 33 Vol%, Leucocitos: 7,400; Neutrófilos:39%; Linfocitos:57%; Eosmófilos:4%.
- Plaquetas: normales; F.S.P.: serie roja normocítica normocrómica; Tp: 14(4); TTP:40(39).
- Análisis hormonal: FSH. 2 mUI/ml(0-5.4), LH.1 mUI/ml(0-6.3); Estradiol:50 pg/ml{ 6-38 pg/ml)
- Rayos X de cráneo normal
- Ultrasonido pélvico normal

*Endocrinólogo Pediatra, Consulta Externa, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras. *
Pediatra, Consulta Externa, Instituto Hondureño de Seguridad Social. **Residente 111 Año,
Postgrado de Pediatría, UNAH.*

CASO II.

Paciente de 9 años, escolar, procedente de Colonia **Villa Adela**, Tegucigalpa, evaluada el 4/Mayo/99 en Consulta Externa de Atención Integral del Niño y Adolescente, Hospital Materno Infantil, con historia de 1 año de evolución de presentar sangrado transvaginal en periodos irregulares, el último hacía tres meses acompañado de dolor suprapúbico. Recibió varios tratamientos (la madre desconoce los nombres). Niega uso de anticonceptivos y abuso sexual. Antecedentes familiares negativos. **Examen físico:** sin apariencia de enfermedad. Peso: 50 kg, Talla: 144 cm, F.C.: 90x' Examen segmentario normal. Sangrado **transvaginal** escaso. Tanner 1. Evaluada en Consulta Externa de Endocrinología Pediátrica y se consideró una variante normal. Menarquia precoz, se decidió observación y control ambulatorio.

Exámenes de laboratorio.

- Examen general de orina: Eritrocitos:8-14 por campo; Leucocitos: abundantes, sangre: trazas, Nitritos: ++, Esterasa leucocitaria++, bacterias: abundantes.
- Urocultivo: no hubo crecimiento.
- Hemograma: Ht:38.2 vol%; Hb:12.4 g/dl; Leucocitos: 7,3 00; Neutrófilos: 44%; Linfocitos: 48%; Eosinófilo: 8%; Plaquetas: 362,000; FSP: microcitosis e hipocromía. Tp: 14(13); TTP: 43(40).
- Análisis hormonal: FSIL 1.7 (3-11), LH: 2.1(1.6-7.9)
- Ultrasonido pélvico, normal.

DISCUSIÓN

Desde 1979 Heller et al describió el sangrado vaginal cíclico en ausencia de otros signos de desarrollo sexual en cuatro niñas y dio el nombre de menarquia prematura (3). Posteriormente se han publicado en la literatura mundial vanos casos como los estudiados por Muirán et al en Londres y Matilde Blanco-García et al en Francia (4).

Menarquia prematura, es definida como un sangrado vaginal transitorio y aislado o un sangrado cíclico en ausencia de otros signos de desarrollo sexual y sin evidencia de un desorden genital de base en una niña prepuberal. La menarquia prematura puede representar una respuesta similar a la que ocurre en la telarquia prematura, por respuesta a la producción transitoria de estrógenos en los ovarios (4,5). El rango de edad se ha descrito desde los nueve meses hasta los nueve años

con una media de edad de 4 10/12 (3,4). La niña prepuberal puede tener menstruación durante 1-5 días y ocurrir una sola vez o en vanos ciclos mensuales (4,5).

Las menstruaciones ocurren principalmente durante los meses de septiembre a enero, lo cual no puede explicarse por factores climáticos o ambientales generales (2,4).

Deben excluirse otras etiologías de sangrado vaginal como inflamaciones, cuerpo extraño y poliposis (4). Los criterios para considerar menarquia precoz son: 1) carencia de desarrollo de mamas y vello púbico, 2) apariencia prepuberal de los labios y de la mucosa vulvar, 3) examen ginecológico de la vagina normal y con evidencia que el sangrado proviene del útero y 4) antecedentes negativos de exposición a estrógenos o ingestión accidental en la dieta.

En el análisis laboratorial encontramos la gonadotropina plasmática y la respuesta a la hormona luteinizante en niveles prepuberales. Los niveles de estradiol plasmático están significativamente por encima del rango prepuberal normal, sugiriendo una actividad ovárica transitoria e inestabilidad del eje pituitario-gonadal en esas niñas (4). La talla y edad ósea no difieren de la normal. La laparoscopia y el ultrasonido pélvico muestran tamaño uterino prepuberal, con ovarios prepuberales u ovarios conteniendo quistes foliculares (2,4,5).

El diagnóstico diferencial requiere un examen clínico y ginecológico completo no invasivo. El ultrasonido pélvico es mandatorio así como la investigación hormonal. La metrorragia puede ser el primer signo de una precocidad puberal verdadera, particularmente cuando resulta de un síndrome de Albright's, pero estos casos rápidamente son seguidos por cambios vulvovaginales y de las mamas (3,4).

El pronóstico es bueno con un desarrollo puberal normal, la menstruación ocurre normalmente dentro del rango de edad y la fertilidad es normal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cravioto P, et al. Edad de la menarquia en un poblado rural: exactitud del recordatorio cuatro años después. Bol Med Hosp. Infant Mex. 1987;44:589-593.
2. Meneghello J, Fanta E, Paris E, Rosselot J. Tratado de Pediatría. Vol. 1. Chile, Mediterráneo. 1991; pag. 134.
3. Murrain D, Dewhust J. Grant D.B. short reports. Premature menarche: a follow-up study. Archives of Disease in Childhood. 1983 ;58: 142-156.

4. Blanco M, Evain D, Roger M, Job J. isolated menses in prepuberal girls. Pediatrics. 1985;75;43-46.
5. Behrmaan R, Nelson. Tratado de Pediatría. Vol. II. España, Interamericana 1992, pag. 1716.