

# Telarquia precoz aislada y el radiólogo

Eva Domínguez Mengod. Laura Navalón Gómez. Laura Masanet Bataller. Luis Alberto Andreo Hernández . Patricia Artiaga Pérez . Alexandra Vicedo Carrasco. Pablo Martínez Marcilla.

## Objetivo:

Ante la habitual derivación a radiología de esta entidad, y las preguntas de los padres durante la realización de la ecografía. Se intenta ofrecer claves sobre su manejo diagnóstico y mensaje a transmitir.

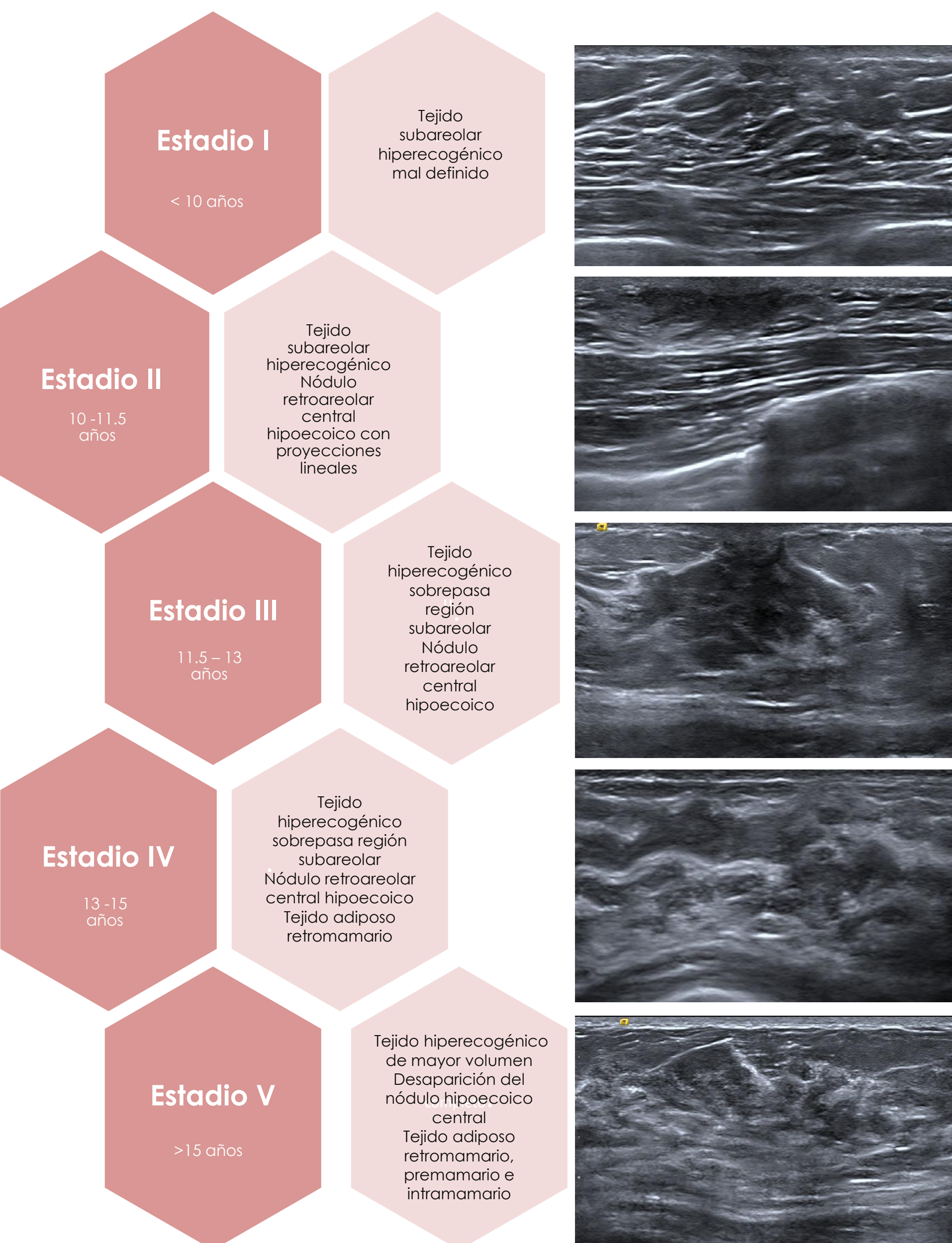
## Material y métodos:

Revisión en la literatura publicada sobre la epidemiología, presentación y manejo diagnóstico de la Telarquia precoz aislada.

Tabla1. Teorías etiológicas de Telarquia Precoz aislada

<ul style="list-style-type: none"> <li>•Aporte estrogénico exógeno</li> <li>•Hipersensibilidad a estrógenos circundantes</li> <li>•Quistes ováricos funcionantes</li> <li>•Incremento de la proteína transportadora de hormonas sexuales</li> <li>•Activación transitoria de eje hipotálamo-hipófisis -ovario con aumento de FSH</li> <li>•Hiperproducción de precursores estrogénicos suprarrenales</li> </ul>
---

Gráfico1. Correlación ecográfica de los Estadios de Tanner



## Conclusiones:

La ecografía mamaria se integra en el arsenal diagnóstico inicial de la valoración de aumento de volumen mamario en niñas pre-puberales. Permite determinar la presencia de tejido mamario y excluir causas alternativas.

La telarquia precoz en ausencia de desarrollo de caracteres sexuales secundarios o adelanto de la edad ósea, es una entidad de curso habitualmente benigno y autolimitado. Su manejo es conservador. Por lo que se debe transmitir a los padres un mensaje tranquilizador e información adecuada.

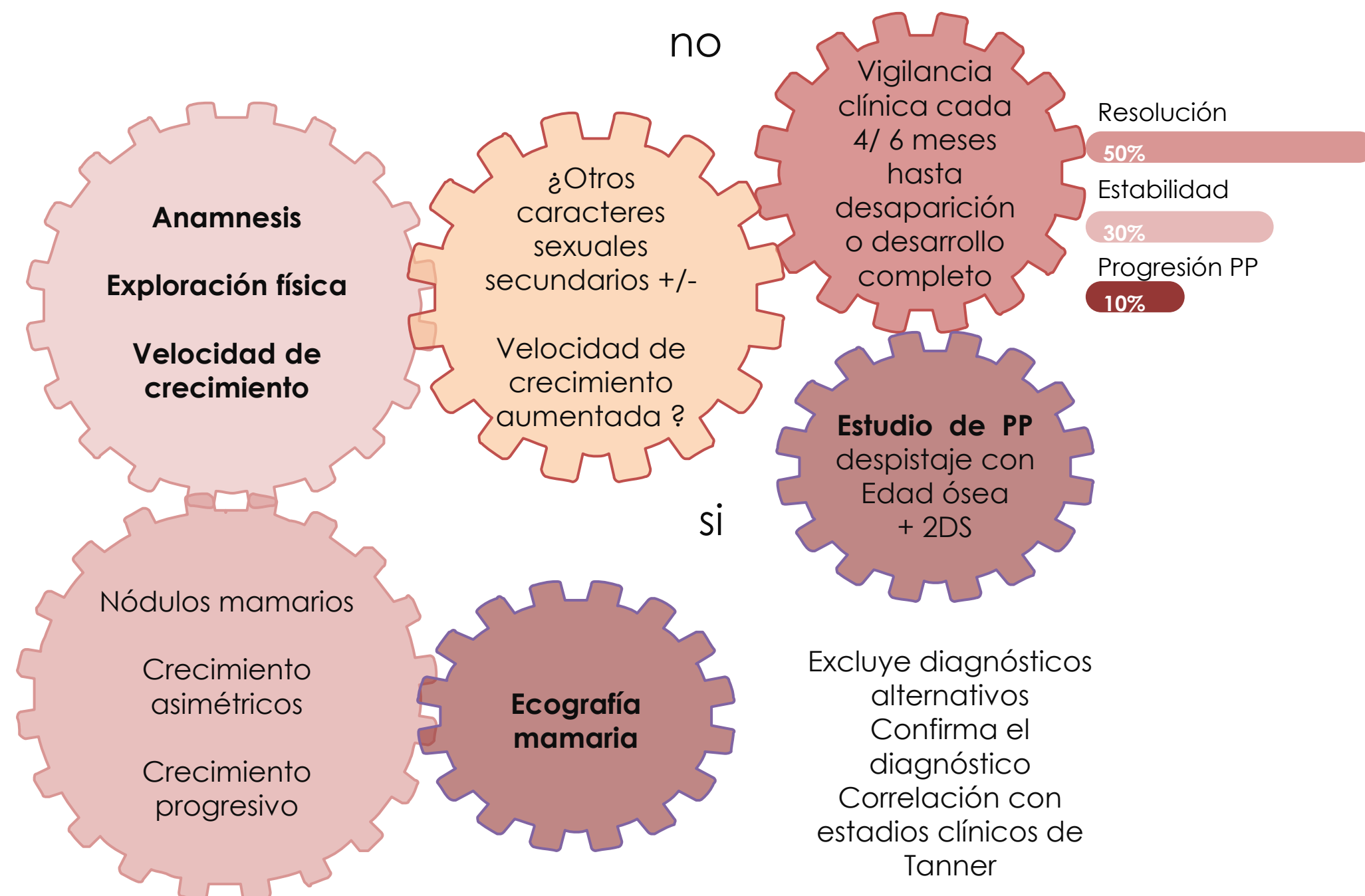


Gráfico2. Abordaje diagnóstico ante aumento de volumen mamario en pre-púberes

## Resultados:

La **Telarquia precoz** supone el desarrollo mamario en mujeres menores de 8 años, en ausencia de otros caracteres sexuales secundarios. Su incidencia es de 20 /10000 pacientes por año. En general constituye un proceso benigno y autolimitado, carente de repercusión en la talla final y que inusualmente evolucionará a pubertad precoz (PP).

Se diferencian dos variantes.

- La **aislada o clásica**, que acontece en menores de dos años, con un desarrollo mamario igual o inferior al estadio II de Tanner, sin asociar otros signos de desarrollo puberal, ni adelanto de edad ósea, y rara vez progresa a PP.

- La **forma atípica o exagerada** propia de edades más tardías, donde se alcanza o supera al estadio III de Tanner, se acompaña de otros caracteres sexuales secundarios y/o adelanto de la edad ósea, que posee una mayor propensión a derivar en PP.

Ante aumento uni o bilateral del volumen mamario en niña prepuberal, el abordaje inicial debe incluir una exhaustiva historia clínica, exploración física y la estimación de la velocidad de crecimiento. Permitiendo identificar a aquellos casos con mayor probabilidad de progresión a PP.

La **anamnesis** debe registrar el momento de su aparición, posibles signos de trastornos neurológicos, antecedentes familiares de PP o síndromes hereditarios e indagar sobre la posible exposición a estrógenos exógenos.

En la **exploración física**, referenciar la uni o bilateralidad, el estadio de Tanner, la coexistencia de otros caracteres sexuales secundarios, de obesidad, o de estigmas guía de patologías sistémicas. Las determinaciones analíticas a considerar incluyen la TSH y T4 libre, para descartar el hipotiroidismo. La valoración de estradiol , FSH o LH no se realiza de rutina.

La **ecografía mamaria** se indica ante nódulos palpables e incremento asimétrico mamario y/o progresivo. Excluye diagnósticos alternativos y confirma la presencia de tejido mamario y el estadio de desarrollo.

Tras el estudio inicial, ante TPA se opta por el control clínico, con revaloración de la velocidad de crecimiento y el estadio de Tanner cada 4-6 meses, hasta regresión o alcanzar el desarrollo puberal completo.