Telarquia prematura

Alejandra Jara G.¹; Ronald Youlton R.²; Luis Valladares B.³; Hernán García B.¹;
Andréna Cattani O.⁴; Paz Venegas S.⁵; Matías Tijmes E.⁶

Premature thelarche

Premature thelarche was looked for among 460 healthy girls of different socioeconomic level (SEL), aged 6 to 36 months. Sixty five girls (14.1%) had palpable, diameter 10 mm or more, breast tissue. No significant difference was observed in the prevalence of palpable breast tissue between girls of different socioeconomic levels. Sixty three girls with premature thelarche, who had never been given hormones, were compared to forty seven girls without premature thelarche and their corresponding mothers were asked to answer a written questionnaire. No significant differences were found in evolution of pregnancy, delivery, neonatal period, medical history or nutrition between patients and controls. In 26 cases premature thelarche represented persistence of neonatal thelarche up to the time of the study. Growth and bone age of patients were appropriate for chronological age. Breast tissue size decreased in 21 (75%), disappeared in 5 (18%) and increased without other signs of puberty in 2 (7%) of 28 patients who were followed up 5 to 15 months. Premature thelarche is a benign condition that tends to improve spontaneously, not apparently related to hormonal contamination of food, although it is not possible to exclude other environmental agents. It probably represents a variant form of normal development in young females.

[Key words: thelarche premature.]

El desarrollo mamario en el recién nacido es considerado un signo de madurez fetal de carácter transitorio, que no se prolonga más allá de los primeros meses de vida¹. En los últimos años ha aumentado, en apariencias, el número de casos en niñas mayores de 6 meses de edad, pero no existe información que permita determinar su prevalencia real. Una explicación posible para este eventual aumento podría ser algún contaminante ambiental con efecto estrogénico en alimentos de consumo habitual, como ha sido planteado en investigaciones efectuadas en Italia y Puerto Rico^{2,3}. Este estudio fue diseña-

do para describir la prevalencia de telarquia prematura en la ciudad de Santiago de Chile, sus características clínicas, su evolución y evaluar el posible rol de la calidad de la alimentación de las pacientes.

Material y Método

En el curso de los años 1989 y 1990 se examinaron en forma prospectiva, en busca de telarquia prematura, 460 niñas de seis meses a tres años de edad, de los consultorios del área del Hospital Sótero del Río, salas cunas y jardines infantiles de los hospitales Roberto del Río y José Joaquín Aguirre, pacientes del centro de diagnóstico de la Universidad Católica (CEDIUC) y de la consulta privada de los investigadores que concurrieron a control de niño sano. Cada niña fue pesada y medida. El tamaño del tejido mamario fue evaluado por palpación y medido con un calibrador Storme, considerándose telarquia cuando medía más de 1 cm de diámetro en ambos lados, en ausencia de otros caracteres sexuales secundarios. A partir de estas niñas se estimó la prevalencia, calculando la población femenina de 6 meses a 3 años de edad de Santiago en 105 000 y que las examinadas correspondían a 0,438% del total de niñas pertenecientes a esas edades.

Cincuenta y tres pacientes con telarquia prematura, entre ellas algunas de las detectadas en el estudio de

1. Servicio de Salud Metropolitano Norte y Sur Oriente. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
2. Clínica Las Condes. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
3. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA).
4. Centro de Diagnóstico de la Universidad Católica de Chile (CEDIUC).
5. Nutricionista. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA).
6. Tecnólogo Médico. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA).

Tabla

Telarquia prematura: prevalencia en tres muestras de niñas sometidas a controles regulares de niño sano

	n	Telarquia	%
SSMSO *	258	33	12,7
Salas Cunas, Jardines Infantiles CEDIUC**	94	15	15,9
Consulta privada	108	17	15,7
Total	460	65	14,1

* Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

** Centro de Diagnóstico Universidad Católica.

prevalencia, ingresaron a un protocolo en el que se registraron sus antecedentes de gestación, parto, morbilidad, ingestión de medicamentos o drogas, comprobación de telarquia y pseudomenstruación neonatales, edad, peso, talla, las características de las mamas, otros caracteres sexuales secundarios y los resultados de una encuesta alimentaria a 47 de las correspondientes madres de estas pacientes. También fueron encuestadas otras 47 madres de niñas de similares condiciones socioeconómicas y edad, sin telarquia (grupo control). Dicha consulta fue desarrollada por una nutricionista e incluyó la alimentación de la madre en la gestación, la historia alimentaria de la niña y una por recordatorio de 24 horas en las pacientes y en las niñas control^{4,5}.

Veintiocho pacientes fueron seguidas entre 5 y 15 meses, efectuándose en cada control mediciones de peso, talla y características de la glándula mamaria. Para evaluar el crecimiento ponderoestatural de las pacientes, se utilizan curvas de NCHS (National Center of Health Statistics)⁶ y su edad ósea se estimó mediante radiografía de mano izquierda y por comparación con el Atlas Radiológico de Greulich y Pyle⁷.

Resultados

Se encontró telarquia prematura en 65 de las 460 niñas examinadas por control de la salud, lo que permite suponer que su prevalencia es 14,13% (entre 10,94% y 17,31% con 95% de confianza), proporción que se mantuvo en las niñas de las distintas procedencias analizadas (tabla). Sólo con algunas excepciones, el peso y la talla, al momento del examen, se distribuían normalmente alrededor de los promedios. La edad ósea fue apropiada para la edad cronológica en todas las pacientes⁷. El tamaño de las glándulas mamarias fue 10 a 30 mm en 43 niñas, 31 a 50 mm en 7, más de 50 mm en una y el crecimiento era unilateral en dos. Con excepción de una madre, que recibió progesterona du-

rante el embarazo, los antecedentes de gestación, parto y peso de nacimiento no eran relevantes.

Entre las 53 niñas con telarquia prematura incorporadas al estudio clínico, el antecedente de telarquia neonatal, obtenido durante el interrogatorio, era desconocido en 8 pacientes (15%), fue negado en 13 (25%) y confirmado en 32 (60%) niñas, cuatro de las cuales habían tenido, además, galactorrea. En 26 pacientes (49%), las madres aseguraron que la telarquia persistía desde el período neonatal hasta el ingreso al estudio. En ninguna paciente se registraron contactos con hormonas estrogénicas; tres habían recibido metoclopramida o domperidona por posible reflujo gastroesofágico. Durante la gestación no hubo diferencias significativas entre ambos grupos en el consumo de los distintos alimentos incluidos en la encuesta. En la historia de la alimentación de las pacientes y controles tampoco hubo diferencias impor-

Figura: Peso y talla en niñas con telarquia prematura. Curvas de crecimiento y desarrollo del nacimiento a 36 meses (NCHS).

tantes en el consumo de carne, vísceras de vacuno o ave, huevos y productos lácteos. La lactancia materna fue inferior a dos meses en 24 casos de telarquia y en 9 niñas controles ($p = 0,02$) y el consumo de 60 g diarios o más de cereales espesantes se registró en 9 casos de telarquia y en 2 controles ($p = 0,001$).

En 28 de 53 pacientes se pudo efectuar un seguimiento durante 5 a 15 meses. En 20 (71%), el seguimiento duró doce meses o más. El tamaño de la glándula mamaria disminuyó en 21 casos (75%), el tejido dejó de ser palpable en otras 5 (18%) y aumentó sólo en 2 (7%) pacientes, pero sin evidencias de pubertad precoz. La velocidad de crecimiento no mostró variación durante el período de observación, excepto en una niña, en la que tampoco se constató otros signos de pubertad precoz.

Comentario

La telarquia prematura se registró con mayor frecuencia que lo estimado previamente en niñas normales menores de 3 años de edad. De las niñas estudiadas, 56% provenían de un servicio público de salud que atiende personas de condición socioeconómica media y baja (SSMSO) y 23,5% de consultas privadas, preferentemente con pacientes de condición media y alta, lo que representa un sesgo con respecto a la población de la ciudad, pues las últimas están sobrerrepresentadas. A pesar de ello, la prevalencia de telarquia no es significativamente diferente entre ambos grupos. En la mitad de los casos la telarquia persistía desde el período neonatal. En contraste con lo registrado en las niñas, el desarrollo mamario de esta magnitud en los varones de estos márgenes de edad es muy poco frecuente (observación no publicada). La telarquia prematura no se acompañó de aceleración de la maduración esquelética y, en las afectadas que pudieron ser seguidas, no evolucionó naturalmente hacia la pubertad precoz, aunque persistiese. Los factores relacionados con la gestación, el parto, efectos de drogas u hormonas no parecen ser condicionantes de telarquia precoz. La cantidad y calidad de la alimentación fue semejante en las afectadas y las niñas control sin telarquia, lo que no permite involucrar a esta variable de la génesis de dicha condición. Por lo demás, si así fuere, ella debería ocurrir con pa-

recida frecuencia en ambos sexos. La mayor frecuencia de lactancia natural breve y uso excesivo de cereales espesantes en la preparación del biberón en las afectadas que en las niñas del grupo control no tiene una explicación clara. La leche de vaca en polvo, utilizada como sustituto de la lactancia materna, está muy probablemente libre de contaminación⁸. En los cereales guardados en graneros es posible, de acuerdo a las condiciones de temperatura y humedad, el desarrollo de hongos del género *fusarium*, algunos de los cuales producen zearalanona, toxina con efecto estrogénico. Es poco probable, sin embargo, que las harinas de cereal contengan esta toxina, ya que —de ser así— el pan, que es de consumo masivo, sería un vehículo que expondría a toda la población a esta contaminación.

La información que se comenta sugiere que, en la mayoría de los casos, la telarquia prematura en niñas menores es una variante del desarrollo femenino, con tendencia espontánea a desaparecer en algunos meses o años. Sin embargo, cada situación individual debe ser investigada y seguida pues, eventualmente, puede ser la primera manifestación de pubertad precoz.

Resumen

Se examinaron 460 niñas sanas de 6 a 36 meses de edad, de servicios públicos y consultas privadas de salud en busca de telarquia prematura. En setenta y cinco (14,1%) se encontró tejido mamario palpable de 10 mm de diámetro o más. No se observó diferencias significativas en la prevalencia entre niñas de diferentes procedencias. Los antecedentes de cincuenta y tres niñas con telarquia prematura, ninguna con antecedentes de haber recibido preparados hormonales, incluidas las respuestas obtenidas por encuesta a sus madres, fueron comparados con los de cuarenta y siete niñas sanas sin telarquia. No hubo diferencias significativas en las características del embarazo, parto, período neonatal, historia médica y de nutrición entre pacientes y controles. En 26 casos la telarquia prematura representaba persistencia de telarquia neonatal. El crecimiento y la edad ósea de las pacientes con telarquia prematura eran apropiados para su edad cronológica. Veintiocho pacientes fueron seguidas por 5 a 15 meses, 21 (75%) mostraron disminución del tejido mamario, 5 (18%) su

desaparición y 2 (1%) un aumento, pero sin otros signos de pubertad. La telarquia prematura es una condición benigna, que tiende a desaparecer en forma espontánea y su causa no parece relacionada con contaminación hormonal de los alimentos. Si bien no es posible excluir el rol de otros contaminantes ambientales, la telarquia prematura puede ser una variante del desarrollo normal en niñas menores.

(**Palabras clave:** telarquia prematura, crecimiento, edad ósea.)

Referencias

1. Wilkins L: Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades endocrinas en la infancia y adolescencia. Barcelona: Espaxs. 1966.
2. Fara G, Del Corvo G, Bermuzzi S et al.: Epidemic of breast enlargement in an Italian school. *Lancet* 1979; 2: 295-297.
3. Freni-Titulaer L, Cordero J, Haddock L, et al.: Premature thelarche. *Am J Dis Child* 1986; 140: 1263-1267.
4. Trulson M and McCama M: Comparison of dietary survey methods. *J Am Diet Assoc* 1959; 35: 672-681.
5. Muñoz M, Rosales E y Valiente S: Reproducibilidad de encuestas alimentarias. *Nutr Bromat Toxicol* 1963; 2: 134-140.
6. Hamill P, Drizd T, Johnson C, et al.: Physical Growth: National Center for Health Statistics Percentiles. *Am J Clin Nutr* 1979; 32: 607-629.
7. Greulich W and Pyle S: Radiographic Atlas of Skeletal Development of the Hand and the Wrist. California, Stanford University Press, 1959.
8. R. Ferrando: Alimentos tradicionales y no tradicionales. Roma. Organización Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 1980.