

# Puberdade precoce no sexo feminino:

## como atuar nos Cuidados de Saúde Primários?



Inês Pereira; Ana Catarina Silva  
Internas de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar na Unidade de Saúde Familiar Terras de Souza



### ENQUADRAMENTO

A puberdade é o período de transição biológica entre a infância e a vida adulta. Carateriza-se por alterações endócrinas e psicológicas que resultam em maturação sexual e desenvolvimento da capacidade reprodutiva. No sexo feminino, diz-se precoce quando o início do desenvolvimento sexual secundário ocorre antes dos 8 anos; o avanço da idade óssea é superior ao da velocidade de crescimento, ocorrendo encerramento prematuro da cartilagem de crescimento e consequente perda da estatura final. A puberdade precoce “verdadeira” ou *central* é a mais frequente e resulta da ativação prematura do eixo hipotálamo-hipófise-gónadas. A “pseudopuberdade” precoce ou *periférica* resulta da segregação de esteroides sexuais, com progressão desordenada dos carateres secundários. A etiologia é complexa e multivariada. É fundamental o reconhecimento precoce desta condição, não rara nos Cuidados de Saúde Primários, para a sua correta abordagem, a fim de prevenir o crescimento estatural antecipado e constrangimentos relacionados com o desenvolvimento precoce.

### DESCRIÇÃO DO CASO

#### CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL



- 10 anos; família nuclear; classe III de Graffar; fase IV de Duvall.
- Sem medicação habitual ou alergias medicamentosas. Programa Nacional de Vacinação atualizado (sem vacinas extra-plano).
- Sem antecedentes pessoais relevantes; antecedentes familiares de acidose tubular renal distal congénita (mãe).

#### SOAP

- Vem com a mãe (1.ª consulta com a atual médica de família).
- Referidos episódios mensais de “corrimento vaginal acastanhado tipo borra de café” (X08), com cerca de 3 dias de duração, associados a dismenorreia (X02) desde os 7 anos. Negadas outras queixas, história de infeção, traumatismo cranioencefálico ou convulsões. Mãe refere casos semelhantes na família.

#### SOAP

- Peso – 25 Kg (P3-15); altura – 136 cm (P 3-15); índice de massa corporal – 13,52 kg/m<sup>2</sup> (P <3).
- Pressão arterial: 95/60 mmHg (< P90).
- Estádio de *Tanner* 2.
- Sem oleosidade da pele, acne, pelos axilares, hirsutismo ou acantose *nigricans*.
- Restante exame sem alterações.

#### SOAP

- Puberdade precoce (T99) (?)

#### SOAP

- Pedidos os seguintes exames auxiliares de diagnóstico: hemograma com fórmula leucocitária; glicose; creatinina; estradiol; β-HCG; FSH; LH; prolactina; TSH; T4; PTH; radiografia mão e punho não dominantes (idade óssea); ecografia abdominopélvica.
- Referenciação com urgência a consulta de pediatria.

#### ABORDAGEM

##### ANAMNESE

Doença atual	• Idade de aparecimento dos carateres 2.ºs, velocidade de progressão • Alterações de humor/comportamento, cefaleias, vômitos, alterações visuais, corrimento vaginal, odor corporal, oleosidade
AP	• Peso ao nascimento e idade gestacional • Traumatismo cranioencefálico, infeções ,convulsões
AF	• Casos semelhantes • Idade da menarca e desenvolvimento pubertário • Adrenarca prematura, diabetes <i>mellitus</i> tipo 2 e síndrome do ovário poliquístico
Hábitos	• Fármacos (principalmente os que contêm esteroides)

##### EXAME OBJETIVO

Completo	• Peso, estatura/altura, índice de massa corporal; pressão arterial • Oleosidade, acne e estigmas síndromicos (hirsutismo e acantose <i>nigricans</i> ); odor e pilosidade axilar • Palpação da tiroide e abdominal • Desenvolvimento muscular
Carateres 2.ºs	• Tanner (V estádios para avaliação do desenvolvimento mamário e pilosidade púbica) • <b>Nota:</b> o intervalo entre 2 estádios pubertários é, normalmente, de 1 ano, pelo que intervalos < 6 meses podem indicar puberdade patológica

##### EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

Hormonal	• GnRH (teste de estimulação é <i>gold standard</i> nos CSS) • LH (↑ origem central) e FSH (↓ origem periférica). Nota: < 2 anos – valores normalmente ↑ (minipuberdade) • β-HCG (↑ em tumores produtores)
Imagem	• Ecografia pélvica (volume uterino e ovário, quistos e processos neoplásicos) • Idade óssea – radiografia mão e punho não dominantes (avanço ≥ 2 anos é critério preponderante no tratamento) • Tomografia computadorizada e ressonância magnética (tumores e malformações) • <b>Nota:</b> todos com pouca utilidade no diagnóstico, mas importantes para a etiologia)

### DISCUSSÃO

A abordagem adequada da puberdade precoce nos Cuidados de Saúde Primários deve incluir uma anamnese exaustiva, um exame físico completo e a requisição dos exames auxiliares apropriados, a fim de ser estabelecido o diagnóstico correto. O médico de família, ao ser frequentemente o 1.º ponto de contacto do indivíduo com o Sistema Nacional de Saúde, tem, aqui, um papel determinante. A referenciação aos Cuidados de Saúde Secundários deve ser imediata aquando da sua suspeição, para que o tratamento seja iniciado precocemente.

#### BIBLIOGRAFIA

Guaraldi F, Beccuti G, Gori D, Ghizzoni L. Management of endocrine disease: long-term outcomes of the treatment of central precocious puberty. *European Journal of Endocrinology*. 2016;174(3):R79-R87. Michaud P-A, Ambresin A-E. Consultation for Disordered Puberty: What Do Adolescent Medicine Patients Teach Us? Puberty from Bench to Clinic: Karger Publishers; 2015. p. 240-55. Voutilainen R, Jääskeläinen J. Premature adrenarche: etiology, clinical findings, and consequences. *The Journal of steroid biochemistry and molecular biology*. 2015;145:226-36. Chirico V, Lacquaniti A, Salpietro V, Buemi M, Salpietro C, Arrigo T. Central precocious puberty: from physiopathological mechanisms to treatment. *J Biol Regul Homeost Agents*. 2014;28(3):367-75. Kletter GB, Klein KO, Wong YY. A Pediatrician's guide to central precocious puberty. *Clinical pediatrics*. 2014:0009922814541807. Macedo DB, Cukier P, Mendonça BB, Latronico AC, Brito VN. Avanços na etiologia, no diagnóstico e no tratamento da puberdade precoce central. *Arq Bras EndocrinolMetab*. 2014;58(2):108-17. Brown DB, Loomba-Albrecht LA, Bremer AA. Sexual precocity and its treatment. *World J Pediatr*. 2013;9(2):103-11. Fuqua JS. Treatment and outcomes of precocious puberty: an update. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2013;98(6):2198-207. Metzger ML, Meacham LR, Patterson B, Casillas JS, Constine LS, Hijiya N, et al. Female reproductive health after childhood, adolescent, and young adult cancers: guidelines for the assessment and management of female reproductive complications. *Journal of Clinical Oncology*. 2013;31(9):1239-47. Saúde D-Gd. Programa nacional de saúde infantil e juvenil. DGS Lisboa; 2013. Rebello MMB, Moreira MJB, Mourão ARBO, Diógenes MAR, Pimentel MA. Puberdade precoce em meninas atendidas em um ambulatório especializado. 2009. de Lucena Feitosa FE, Montenegro APDR, Fernandes VO, Júnior RMM, Júnior CAA, Bruno ZV. Avanços diagnósticos e terapêuticos da puberdade precoce em meninas. *Femina*. 2007;35(12). JAPUR AC, ROSA S, NASCIMENTO SAD, JUNQUEIRA FRR. Puberdade precoce: a experiência de um ambulatório de Ginecologia Infanto-Puberal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007;29(2):96-102.