

**Encuentro CEPA Martes 25 de Marzo, 18 a 20 hs.**

**Sede : Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica de la Sociedad Argentina de Pediatría “Dr. Carlos A. Gianantonio” J. Salguero 1244/46 - Ciudad de Buenos Aires .**

### **Caso 1**

Johanna de 15 años consulta por primera vez en el servicio de adolescencia , en Junio del 2013, para control de su embarazo. Presenta amenorrea de 28, 3 semanas (FUM 26/11/12). Antecedentes personales: Menarca: 12 años. Ritmo menstrual: 7/30. IRS: 14 años. N° parejas: 3. Ultima pareja: Federico (16 años). Nunca usaron MAC. No consume alcohol ni tabaco.

En relación a este embarazo, a las 7 semanas usó misoprostol (5 comprimidos por vía vaginal) pues se había distanciado de Federico y no deseaba continuar el embarazo. Tuvo un sangrado y supusieron con la madre que el embarazo se había interrumpido.

Se inician controles obstétricos de rutina y se ofrece espacio psicológico. Presenta ecografía (13/6/13) con feto único con EG de 24 semanas. Se amplían estudios por discordancia entre altura uterina y EG por ecografía (menor altura uterina a la esperada por edad gestacional).

En Agosto, ante probable diagnóstico de RCIU se deriva a centro de mayor complejidad para sus seguimiento conjunto.

En Septiembre el ecocardio fetal informa CIA con hipoplasia de la arteria pulmonar. Ante inicio de trabajo de parto se realiza cesárea, nace feto femenino con compromiso vital, que fallece a las pocas horas de nacer. Johanna completa su control post-cesárea en el mismo centro.

Vuelve a la consulta en el servicio de adolescencia en Diciembre del 2013. Cuenta que está de novia con David, de 21 años. En la consejería anticoncepcional se le ofrece colocación de DIU o implante. Refiere que por el momento usará sólo preservativos. Al terminar la consulta comenta que le parece que le gustaría embarazarse.

En las entrevistas psicológicas Johanna relata que su padre biológico, abogado, nunca la reconoció. La madre de Johanna primero le dijo a él que no estaba embarazada, que lo había perdido. El padre nunca le creyó a la madre sobre el embarazo.

Con respecto a su historia con Federico cuenta que en ocasiones se peleaban, cada uno salía con otras personas y que en un reencuentro quedó embarazada de él. Federico y su familia rechazan la paternidad y descreen de Johanna. Durante el embarazo se refiere a Federico como padre del bebé. La madre de Johanna quiere ir a juicio para que Federico lo reconozca. Tras la muerte de la beba, Johanna completa su año escolar y se pone de novia con David.

A nivel familiar se lleva mal con la madre, hay situaciones de violencia verbal y desbordes. A pesar de esto sabe que cuenta con su madre. Manifiesta que le gustaría quedar embarazada. Se plantea entrevista vincular.

¿ Qué cuestión abordaría y priorizaría ?

¿ Cómo encararía la prevención de un segundo embarazo ?

## Caso 2

Carlos tiene 14 años y como antecedentes prefiere trastornos de conducta, diagnosticados en el inicio de su adolescencia, por lo que fue tratado psiquiátricamente con risperidona. Hace 2 meses él por su cuenta abandona el tratamiento. Refiere que sus padres están separados, y vive con su madre y un hermano mayor, con quien discute habitualmente. Concurre a un centro de salud donde hay atención de adolescencia, referido por un amigo, pero lo hace solo. Es un alumno regular y cursa 2º año de la secundaria. No fuma y refiere beber con moderación.

Dice sentirse solo, angustiado y triste. Está inapetente y no duerme bien. Es atendido por un pediatra que está en el centro especializándose en adolescencia, y a través del interrogatorio Carlos expresa ideas de muerte. En el examen físico el profesional encuentra en el antebrazo izquierdo de Carlos, alrededor de cinco cicatrices horizontales, de aproximadamente 6 centímetros cada una. El médico lo interroga al respecto y Carlos reconoce habérselas auto inflingido hace aproximadamente 2 semanas. Carlos puede hablar de sus preocupaciones y expresar sus sentimientos y crea un excelente vínculo con el profesional.

¿Qué conducta adoptaría?

¿De la entrevista, cuáles serían los factores de riesgo y cuáles los protectores?

¿Seguiría atendiendo al adolescente o lo derivaría inmediatamente a un servicio de urgencia psiquiátrica?

## Caso 3

Sofía, de 11 años de edad, concurre al Servicio de Adolescencia, por primera vez, derivada por su pediatra varón, porque ella, manifiesta pudor y quiere ser atendida por una médica.

Su historia de salud es la de una niña sana, que ha tenido controles periódicos y que presenta su calendario de vacunación actualizado. El antecedente más importante es que a los 7,3 años, Sofía presentó aceleración del crecimiento, desarrollo mamario Grado III y vello pubiano II. Su talla era de 130 cm. Y la edad ósea de 9,5 años.

El Servicio de Endocrinología solicitó estudios de laboratorio (urocitograma, dosaje de gonadotrofinas basal y estimulado y dosaje de hormonas sexuales y andrógenos). También se efectuó ecografía abdominal y pelviana y RMN para descartar causas orgánicas de pubertad precoz. El diagnóstico fue: Pubertad precoz central idiopática (PPCI).

Si bien existe dificultad para discernir entre una pubertad precoz verdadera que se manifiesta a edades cercanas al límite de la normalidad, como un proceso acelerado y una pubertad precoz pero lentamente progresiva, el servicio decidió iniciar tratamiento con un análogo agonista de la hormona liberadora de gonadotrofinas GnRH.

A los 10,4 años se le suspendió el tratamiento dado que durante el mismo se logró la regresión del desarrollo mamario, el vello pubiano se mantuvo estacionario, la velocidad de crecimiento disminuyó de 8,3 cm a 5,9/5 y 4,9 cm en los 3 años sucesivos con una talla de 145,8 cm y maduración esquelética de 12 años

Actualmente Sofía presenta una talla de: 150cm y su desarrollo puberal es: Mamas III y VP IV.

No ha tenido la menarca todavía.

La talla materna es de: 159 cm y la talla paterna es de: 172 cm.

En el caso de Sofía, teniendo en cuenta la edad de comienzo de la pubertad:

¿Hasta cuándo se debería continuar el tratamiento? ¿Fue adecuado el momento de la suspensión?

¿Hay correlación positiva entre la talla final y la talla al inicio del tratamiento y con la TOG (talla objetivo genética)?

¿Hay diferencias significativas entre las pacientes que reciben tratamiento y las que no lo reciben?