

Comentario: Esta vez presento tres estudios realizados en Europa, El 1º en Italia y los dos siguientes en Francia. Todavía es una situación aún no bien comprendida y que parece rebatir los argumentos que siempre se atribuían a las diferencias entre etnias. En todo caso presenta una dimensión importante por su numerosa afectación a la población infantil de adopción. No es propiamente una enfermedad o una alteración importante de su salud. Podríamos llamarlo como una especie de tributo que la naturaleza cobra cuando al adoptarlos, les rescatamos de la necesidad mas acuciante e incierta y les situamos en una vida plena, feliz y llena de futuro. Paradójicamente, representa un buen estado de salud, pero podría tener consecuencias psicológicas o de integración no deseadas. No sabemos todavía a cuantos afecta, pueden ser muchos. Por ese motivo sitúo tres artículos que se complementan para dar mayor información.

Alberto Núñez.

Artículo 1) Pubertad precoz en niñas adoptadas en países subdesarrollados:

La pubertad precoz es frecuente en niñas adoptadas de países no desarrollados o en vías de desarrollo, como se ha comunicado en Suecia, a propósito de 21 niñas, en Bélgica (8 casos), en Italia (19 casos), y en Francia (13 casos). En España esta publicado 1 caso, procedente de China (13).

Muchas de estas niñas llegan a sus nuevos hogares en un estado de desnutrición crónica, con déficit de peso y talla, pero desarrollan un rápido crecimiento (catch-up), con lo que en unos pocos meses alcanzan su masa corporal determinada genéticamente. En el desarrollo de una pubertad precoz están implicados factores relativos a un cambio de nutrición, a cambios neurohormonales o estar también implicadas situaciones psicoafectivas.

El momento del cambio de alimentación, que se hace desde una posición cercana a la desnutrición, provoca una serie de cambios hormonales que favorecen la pubertad precoz : No es un hecho general, solo tienen un mayor riesgo las niñas adoptadas después de los 5-6 años. Pero además, también influye su pasado de negligencias sufridas. Están descritos casos de abusos o maltratos en que una vez alcanzada la estabilidad psíquica y funcional con la nueva familia en niñas a partir de los seis años, se precipita la pubertad precoz. Se desconoce el funcionamiento de este mecanismo.

En general , estas niñas presentan en el momento de la adopción un mayor retraso de la edad ósea y bajo peso, observándose tras la adopción, como la edad ósea progresa muy rápidamente llegando antes a la pubertad. En resumen, se destaca el hecho de que la pubertad precoz es frecuente en niñas procedentes de adopciones de internacional, sobre todo a partir de los 5-6 años.

La hipótesis endocrinológica es la siguiente: En la pubertad femenina normal se produce un aumento importante del tejido graso (>120 %) y de la masa muscular (>45 %). Los estudios hechos "in vitro" sobre células grasas muestran que hay conversión de andrógenos de origen suprarrenal a estrógenos. Por lo tanto, el aumento rápido del peso de cuerpo observado en estas niñas probablemente es asociado a un aumento en la circulación de los niveles de esteroides activos que podrían estimular los centros cerebrales del hipotálamo y causar la estimulación precoz del eje hipotalámico-hipófisis-gónadas.

Pero además, las dietas originales de estas niñas también podrían ser importantes. Antes de la adopción está comprobado que consumían una dieta baja en proteínas y

calorías, fundamentalmente de origen vegetal, con un cambio a una dieta equilibrada y enriquecida tras la adopción. Los mecanismos postulados suponen los siguientes hechos:

Unas condiciones de mejoría en la alimentación incrementan la aparición del factor de crecimiento 1 insuline-like (IGF-1), que estimula la maduración de folículos ováricos y su producción estrogénica, así mismo también se estimula la secreción por el hipotálamo de la liberación de la hormona del crecimiento GRH, uno de cuyos efectos es la maduración sexual. Además, en las dietas de restricción de carnes, aparece un aumento un péptido, llamado el neuropéptido-Y. Este péptido tiene la acción de inhibir la liberación de GRH en el hipotálamo. Cuando aparece la nueva alimentación, hay un aumento en la producción de insulina, que hace inhibición del neuropéptido-Y, no inhibiendo entonces la excreción de GRH.

La vigilancia médica en niñas adoptadas de países en vías de desarrollo, es necesaria, sobre todo si son adoptados en la edad crítica de 4-9 años. El tratamiento médico inhibitorio, que reduce o bloquea la maduración de hueso, esta indicado cuando la predicción de altura inicial es baja.

Finalmente, hay una creencia errónea (lamentablemente difundido desde algunas ECAIS) que la pubertad precoz es un acontecimiento normal en niños que proceden de países en vías de desarrollo. En estas muchachas, una inadecuada altura final puede empeorar los problemas psicológicos causados por sus diferentes rasgos étnicos y puede aumentar sus problemas de integración a su nueva vida.

Es un trágico tributo por pasar del tercer mundo al primero, un claro efecto colateral no deseado. La buena noticia es que tiene su tratamiento, que lleva muchos años en practica, es seguro y eficaz, con muy buenos resultados si se realiza a tiempo.

Tomado de ADC on line: Archivo de enfermedades infantiles (1998)
<http://adc.bmjournals.com/>

Autores:

Raffaele Viridis, Maria E Street, Maria Zampolli, Marzia Benelli, Lucia Ghizzoni, Cecilia Volta;
Department of Pediatrics, University of Parma, Italy
Giorgio Radetti; Department of Pediatrics, Regional Hospital, Bolzano, Italy
Barbara Pezzini; Department of Gynecology, St Chiara Hospital, Trento, Italy

Artículo 2) Vigilancia en niñas adoptadas: Riesgo de pubertad precoz.-

La aparición de la pubertad depende en parte del aporte alimentario. Así en el privilegiado occidente, se muestra una tendencia secular al rejuvenecimiento en la aparición de la menarquia (primera menstruación) (9,12). A medida que aparece una mejoría socio-económica del país, la maduración sexual se hace mas precozmente y la talla final aumenta. En 1835, esta recogido en Francia que la edad media de la menarquia era cerca de los 17 años y en 1895 se aproximó a los 15 años, para bajar en 1947 a los 15 años (9,12). El dato recogido en estas tres épocas corresponde al mismo peso corporal (alrededor de los 46 Kg.).

Esta evolución parece distinta en los países subdesarrollados. En la India no existe esa tendencia al rejuvenecimiento de la edad de la menarquia. Una niña nacida en un medio favorecido, será mas alta y la aparecerá antes la pubertad que otra niña de otro

medio desfavorecido. Así en la India la edad media de las primeras reglas en medios favorecidos oscila en los 12,8 años, mientras que en el medio rural se sitúa en los 14,4 años. En Suecia esta edad es de 13 años para las niñas suecas y de 11,6 años para las niñas indias adoptadas por familias suecas. Los pesos medios tomados en la menarquia son similares tanto para las indias adoptadas en Suecia como para las residentes en India. Se está demostrando que muchas niñas del tercer mundo están teniendo sus menarquias en edades similares al de los europeos, solo que con pesos corporales inferiores.

Conocer la incidencia de la pubertad precoz en la población infantil de adopción todavía no es posible, al ser su etiología puramente nutricional y no un proceso de enfermedad propiamente dicho es difícil su cuantificación.

Se han realizado estudios con animales (1) que refuerzan la etiología del cambio nutricional. En ratas jóvenes con alimentación restrictiva y posterior acceso sin límite, se observan alteraciones en la maduración hipotalámica y gonadal, un aumento de talla y peso seguido de una pubertad más temprana y una disminución de su talla final con respecto al grupo control.

Prevención:

El principal punto de vigilancia está en la ganancia de estatura y peso, sobretodo dentro del primer año en que la niña inicia su nueva vida (7,10,11,12). Parece ser esta circunstancia más decisiva si la privación nutricional anterior es grande y el retraso de estatura y peso inicial está muy marcado (9,12). Dependerá también de la edad del momento del cambio nutricional, tienen mayor probabilidades las niñas que realizan ese cambio (adopción) en años potencialmente al borde de la pubertad. Parece que las edades límites se sitúan bordeando los 3 o 4 años (3,4,10,11,12). Después de la edad de los 8 años, si no se puede hablar en términos de pubertad precoz, si se puede definir como pubertades inquietantes, pues son demasiado rápidas con una edad ósea que va a progresar más rápidamente que la edad civil y que la edad estatural.

Para vigilar su aparición es conveniente utilizar curvas de crecimiento estatura-ponderal, atendiendo a la presentación de uno o varios valores alejados de la media durante el primer año. La realización de una curva de índice de masa corporal nos dará una rápida información de ganancias importantes.

Para las niñas que entran en esta categoría de edad de riesgo, una prueba radiográfica de la muñeca de la mano, con el fin de determinar su edad ósea debe de ser propuesta justo en la llegada a su nuevo país, sirviendo así de dato de referencia en caso de producirse una aceleración estatura-ponderal importante, que motivará otra prueba radiográfica de edad ósea comparando las variaciones de edad ósea, estatural y civil. Una edad ósea progresada más rápidamente que la estatural, y esta más que la civil, es evocador de muchos procesos de pubertad adelantados.

Es aconsejable seguir muy de cerca el crecimiento de las niñas de adopción, independientemente de su origen étnico. El riesgo de pubertad precoz, según los datos que se está observando, es mayor en niñas que hayan sufrido los mayores rigores de desnutrición, así se puede situar que aquellas niñas que provengan de las regiones más desfavorecidas (África y Asia), tienen más riesgo que de otras menos desfavorecidas (Países del Este).

Auteur : Jean-Vital de Monléon, pédiatre, France

Source : Consultation d'Adoption Outremer, Service de Pédiatrie I, Hôpital d'enfants, CHU de Dijon,

Artículo 3) Porque los niños de adopción tienen mas a menudo este problema.

Segun algunas estimaciones, aparece una pubertad precoz en mas o menos la mitad de las niñas adoptadas y en uno de cada diez niños. No hay todavia datos suficientes que confirmen esta aseveración, pero podemos conceder cierta envergadura en este problema. parece ser mas frecuente en niños de origen africano o de america central o del sur. Se constata mas su aparición en niños adoptados de mayor edad que en corta edad.

Se ha observado que los niños que han sufrido deficientes nutriciones y que se encuentran de choque con unas condiciones favorables de alimentación, aparecen con unas condiciones de recuperacion expresadas como un desarrollo del crecimiento muy rapido. Esta respuesta de crecimiento en algunos casos termina siendo un pubertad precoz. La razon probablemente sea debido a un aumento de la masa grasa que crea respuestas hormonales, pero esta teoria no está claramente demostrada.

Es un fenómeno que se está estudiando actualmente por muchos investigadores. No se descarta las implicaciones psicológicas. El fenómeno inverso, la falta de medro de origen psicosocial, ocurre en niños institucionalizados abandonados de cariño y cuidados.

Los padres deben controlar su crecimiento, con visitas regladas al pediatra. También deben conocer que la aparición de la pubertad no significa automaticamente la aparición de las reglas, sino que hay un espacio de alrededor de dos años entre ambas.

Auteur: Marc de Kernadet, médecin, CHU de Rennes, France

Source : Revue "Accueil"

Éditeur : Enfance et familles d'adoption

Date/pages : Février 2002

Articulos 2 y 3 traducidos de www.meanomadis.com/content/show_sections.asp?ID=130

REFERENCES

- 1- Bourguignon JP, Gerard A, Alvarez Gonzalez ML, Fawe L, Franchimont P. Effects of changes in nutritional conditions on timing of puberty : Clinical evidence from adopted children and experimental studies in the male rat . Horm Res 1992 ; 38: 97-105.
- 2- Choulot JJ, Mechain S, Saint Martin J, Doireau V, Mensire A. Adoption et portage chronique du virus B. Arch Pediatr 1998 ; 5 : 869-72
- 3- de Monléon JV, Simonin G, Sarles J. Puberté précoce et enfants adoptés : une entité à connaître. Concours Med 1998 , 120 : 688-690
- 4- de Monléon JV, Geneste B, Huet F. Puberté précoce chez les enfants adoptés, un risque à ne pas oublier. Arch Pédiatr 1999 ; 6 : 589-590.
- 5- de Monléon JV. Adoption à l'étranger : les risques médicaux. Rev Prat Med Gen 2000 ; 14 (493) : 557-562.
- 6- Frisch RE. Weight at menarche. Similarity for well-nourished and undernourished girls at differing ages, and evidence for historical constancy. Pediatrics 1972 ; 50 : 445-450.
- 7- Le Masne A. Attitude du pédiatre chez l'enfant adopté à l'étranger. Arch Pédiatr 1999 ; 6 : 569-572.
- 8- Proos LA, Hofvander Y, Tuvemo T. Menarcheal age and growth pattern of Indian girls adopted in Sweden. Acta Paediatr Scand 1991; 80 : 852-8
- 9- Proos LA. Anthropometry in adolescence secular trends, adoption, ethnic and environmental differences. Horm Res 1993 ; 39 (suppl 3) : 18-24.

5 Comisión de Salud: Asociación Atlas
PUBERTAD PRECOZ EN ADOPCIÓN.
5 paginas en total

10- Proos LA, Karlberg J, Hofvander Y, Tuvemo T. Pubertal linear growth of Indian girls adopted in Sweden. Acta Paediatr 1993 ; 82 : 641-4.

11- Tuvemo T, Proos LA. Girls adopted from developping countries : A group at risk of early pubertal development and short final height : Implications for health surveillance and treatment. Ann Med 1993;25:217-9

12- Virdis R, Street ME, Zamolli M, Radetti G, Pezzini B, Benelli M, Ghizzoni L, Volta C. Precocious puberty in girls adopted from developping countries. Arch Dis Child 1998 ; 78: 152-154.

13.-ST Jiménez Gil de Muro^a M Moros Peña^a MD Mínguez Herrero^a
^aCentro de Salud Casablanca. Atención Primaria. Áreas 2 y 5. Zaragoza. España. An Pediatr (Barc) 2004; 60: 378 – 378

Traducido y comentado por Alberto Núñez.

Comisión de salud en ATLAS y CORA