

**OBJETIVOS E INDICAÇÕES DO BLOQUEIO PUBERAL NO CONTEXTO DA  
PUBERDADE PRECOCE: UMA REVISÃO DE LITERATURA****BIAZI, K.L.<sup>[1]</sup>; RECH, C.M.Z.<sup>[2]</sup>**

Conceitualmente, a puberdade precoce (PPC) caracteriza o início do desenvolvimento puberal em uma idade que varia de 2 a 2,5 desvios-padrão antes das normas populacionais. O tratamento da PPC busca, sobretudo, interromper a maturação sexual até a idade normal para o desenvolvimento puberal, promover a regressão ou a estabilização dos caracteres sexuais secundários, evitar desproporções corporais e diminuir o risco de cânceres estrógeno-dependentes. Objetiva-se, então, compreender em que situações é necessário utilizar meios farmacológicos para atingir esses objetivos clínicos. Foi realizada, assim, uma pesquisa bibliográfica ampla pelas principais bases de dados médicas (UptoDate, Cochrane e Pubmed) com filtro de busca de 5 anos, além de livros consagrados da Endocrinologia. Conforme a literatura, as formas progressivas de puberdade precoce exigem bloqueio puberal. São diversos os critérios distintivos do caráter progressivo, contudo pode-se elencar principalmente a rápida progressão (3 a 6 meses), a velocidade de crescimento acelerada (> 6cm/ano), a idade óssea com avanço superior a 1 ano, o LH basal na faixa puberal, o estradiol (no sexo feminino) normal ou aumentado e a testosterona (no sexo masculino) aumentada. Além dos parâmetros antropométricos e metabólicos, fatores psicossociais também podem constituir motivos de indicação, como distúrbios comportamentais, imaturidade emocional e deficiência intelectual. Todavia, considerando apenas esses últimos parâmetros, ou apenas com o intuito de retardar a menarca, deve-se avaliar cuidadosamente a indicação de análogos do hormônio estimulador das gonadotrofinas (aGnRH). Desde a década de 1980, os aGnRH são utilizados para a finalidade de bloqueio puberal, sendo seguros e eficazes. Recentemente, tem sido ofertadas posologias mais cômodas, de administração trimestral ao invés de mensal ou com implantes subdérmicos, com mesma eficácia do modelo tradicional. Leuprorrelina e triptorrelina são os mais utilizados, sendo bem tolerados por crianças e adolescentes. 75 a 100 µg/kg é a dose recomendada, o que significa 1 ampola de 3,75 mg a cada 28 dias por via subcutânea. No regime trimestral, administra-se então 11,25 mg - possibilitando reduzir o número de aplicações anuais para quatro. Em um estudo multicêntrico americano, o uso do acetato de leuprorrelina demonstrou controle clínico e supressão hormonal adequados. Em outro, europeu, a triptorrelina regrediu e estabilizou significativamente o desenvolvimento mamário, assim como a velocidade de crescimento e os valores de testosterona. Entre os efeitos colaterais, inclui-se reação alérgica, dor no local da aplicação, sangramento vaginal após a primeira dose do aGnRH e sintomas vasomotores, devido a hipoestrogenismo e hiperprolactinemia. Iniciar o tratamento o mais precocemente possível tem trazido os melhores resultados em termos de estatura final. Não há aparentes efeitos deletérios sobre

o IMC nem sobre o potencial de aquisição de massa óssea. Sobre a função reprodutiva, a menstruação surge geralmente 16 semanas após a suspensão do tratamento, ciclos ovarianos regulares ocorrem em mais da metade das pacientes e infertilidade não foi constatada, apesar de a prevalência da síndrome dos ovários policísticos (SOP) ser aumentada nesses casos. Por isso, deve-se adotar um monitoramento trimestral, com verificação do estadiamento puberal, exame físico acurado e acompanhamento laboratorial.

**Palavras-chave:** Crescimento e Desenvolvimento; Puberdade Precoce; Supressão.

**Área do Conhecimento:** Ciências da Saúde.

**Origem:** Pesquisa.

**Instituição Financiadora/Agradecimentos:** Não há.

---

[1] Kelen Lise Biazi. Medicina. Universidade Federal da Fronteira Sul.  
kelenbiazi@gmail.com.

[2] Ciciliana Maíla Zilio Rech. Médica e Docente. Universidade Federal da Fronteira Sul.  
ciciliana.rech@uffs.edu.br.