



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 245/28 - MICROPENE

L. Araujo Márquez<sup>a</sup>, F. Pérez Caballero<sup>b</sup>, F. Mora Monago<sup>a</sup>, N. Rivera Jiménez<sup>c</sup>, A. Simón Fuentes<sup>d</sup> y M. Gamero Samino<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. <sup>b</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Fernando. Badajoz.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 14 años de edad, sin antecedentes personales de interés y buen crecimiento en la infancia, que acude a la consulta llevado por su madre por pene pequeño. Era la primera vez que acudía a la consulta, pues anteriormente pertenecía a Pediatría.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Normohidratado. Normoperfundido. IMC 26. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen normal. No vello axilar. No vello púbico. Exploración genital: pene de pequeño tamaño. Teste derecho de pequeño volumen. Bolsa escrotal izquierda vacía, no se palpa teste. Escala Tanner G1P1. Hemograma: linfocitos 1.300, plaquetas 148.000, resto normal. Coagulación: normal. Bioquímica: función hepática y renal normal. Cortisol 7,19 ug/dl, estradiol 39,7 pg/ml, FSH 0,566 mUI/ml, LH 0,422 mUI/ml, progesterona 0,2 ng/ml, prolactina 3,82 ng/ml, testosterona 0,2 ng/ml, TSH, T3 y T4 normales. Se realiza ecografía en centro de salud donde se observa testículo izquierdo atrófico en canal inguinal izquierdo. Se comenta el caso con endocrinólogo por teléfono indicándonos el posible diagnóstico y se realiza interconsulta a Endocrinología, para valoración por su parte.

**Juicio clínico:** Micropene secundario a hipogonadismo hipogonadotrópico.

**Diagnóstico diferencial:** Idiopático. Yatrogénico. Hipogonadismo hipergonadotrópico. Hipogonadismo hipogonadotrópico. Asociado a síndromes polimorfos. Asociado a malformaciones genitales.

**Comentario final:** La sospecha de hipogonadismo hipogonadotrópico antes de la pubertad es difícil. Aún así, hay que hacer una buena exploración física en las revisiones pediátricas del niño sano, pues el diagnóstico de esta patología antes de la pubertad sólo se puede intuir si hay estigmas sugerentes, tales como micropene en los niños (como es nuestro caso) o hipoplasia de labios menores en las niñas, hipoglucemia neonatal, criptorquidia, alteraciones y malformaciones de la línea media cerebral, antecedentes familiares o si se acompaña de un síndrome característico malformativo. En el caso de nuestro paciente, una revisión pediátrica exhaustiva y bien hecha hubiera adelantado el diagnóstico y podría haberse iniciado la actitud terapéutica más adecuada de manera precoz.

## Bibliografía

1. Cañete Estrada R, Mata Rodríguez C, Aguilar Quintero M. Retraso Puberal. Hipogonadismos. *Protoc Diagn Ter Pediatr*. 2011;1:205-17.

2. Priego Ruíz M, Cañete Estrada R. Micropene. Revisión. Vox Paediatrica. 2013;XX(2);31-7.