



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/2934 - AMENORREA POSPÍLDORA

C. Pérez Tomás<sup>a</sup>, A. Lorente Cánovas<sup>b</sup>, I. Lucas Tomás<sup>a</sup>, M. Serra Labrador<sup>d</sup>, P. Navarro Tellez<sup>c</sup>, J.R. Ramos Segura<sup>d</sup> y J. Sanz García-Donato<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de La Fábrica. Alicante. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Cocentaina. Alicante. <sup>c</sup>Médico Endocrinólogo. Hospital Virgen de los Lirios. Alicante.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 31 años en tratamiento con anticoncepción oral por SOP desde prácticamente el inicio de la menarquía a los 17 años, diagnosticada tras consultar por ciclos menstruales irregulares. Cefaleas ocasionales que trata con AINEs. Sin otros antecedentes personales de interés. Solicita atención médica por deseo de gestación. Suspendió anticoncepción hace 9 meses.

**Exploración y pruebas complementarias:** Peso: 114,5 kg, Talla 1,65 m, IMC 42 kg. Acantosis nigricans. Resto sin hallazgos definitivamente patológicos. Plan: dieta 1.200 kcal + ejercicio físico y analítica y estudio hormonal. Al mes: glucemia 155 mg/dl, HbA1c 8,3%, LH/FSH 0,2/2,4 UI/L, 17 BE < 5 pg/mL PRL 163 ng/mL, TSH 1,63  $\mu$ U/mL T4L 0,89 ng/dL. Diagnosticamos de diabetes mellitus tipo 2, añadimos a la dieta y al ejercicio Metformina a dosis máximas. A los 4 meses buena respuesta ponderal, IMC 36,7 kg/m<sup>2</sup>. Y segunda analítica: HbA1c 5,9%, 17 BE 10 pg/mL, PRL: 189 ng/mL. Al disminuir de peso aumentan los estrógenos, pero persiste en amenorrea y se observa que la PRL va aumentando por lo que solicita RMN hipofisaria.

**Juicio clínico:** Macroprolactinoma.

**Diagnóstico diferencial:** Existen multitud de etiologías que podrían causar amenorrea secundaria, la más habitual y por tanto la primera en descartar sería el estado de embarazo. Los fármacos no se consideraron dado que no tomaba ninguno. Entre aquellas otras que se consideraron según el perfil de la paciente son el estrés, condición que padecen gran número de personas y que condiciona una alteración en la producción de GnRH. Otro sería la disfunción ovárica prematura y el SOP, factor causante de hiperandrogenismo y por ello de alteraciones menstruales. La obesidad ocasiona hipoestrogenismo, por atrapamiento de la hormona en las células grasas. Y finalmente otros como la disfunción pituitaria por tumoraciones, la alteración de las hormonas tiroideas, o incluso enfermedades sistémicas como la diabetes mellitus tipo 2 y el hiperinsulinismo que ocasiona y amplifica el estado de hiperandrogenismo.

**Comentario final:** Ante cualquier paciente con un hallazgo en la analítica de prolactinemia superior a 100 habría que sospechar prolactinoma y por ende valorar técnica de imagen hipofisaria.

## **Bibliografía**

1. Welt CK, Barbieri RL. Evaluation and management of secondary amenorrhea. Uptodate, 2016.

**Palabras clave:** *Amenorrea pospíldora. Síndrome ovario poliquístico. Macroprolactinoma.*