



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/397 - Galactorrea por Inhibidores de la bomba de protones

M. Reche Bibiloni^a, O. Ortiz Oliete^a, M. D'Lacoste Farré^a, M. Álvarez Fernández^a, I. Vargas Roca^b, M. Valls Esteve^a, S. Carbó Queraltó^a y S.A. Cabral Rivera^a

^aMédico de Familia. ABS San Ildefons. Cornellà de Llobregat. Barcelona. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud EAP Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 33 años procedente de Perú que consulta por mastalgia izquierda y galactorrea ipsilateral. No hábitos tóxicos ni AP de interés. Durante la anamnesis la paciente explica que en su país ha tomado tratamiento erradicador *Helicobacter pylori* con dosis altas de omeprazol (80 mg/día) durante un mes. La exploración física confirma la secreción láctea sin palpar nódulos ni otras alteraciones. Se suspende el tratamiento con omeprazol.

Exploración y pruebas complementarias: Se solicita analítica general con prolactina (PRL) y TSH. Se detecta una prolactina de 692 con TSH normal. Tras la retirada de omeprazol al mes ha desaparecido la galactorrea, estamos pendientes del resultado analítico de control.

Juicio clínico: Galactorrea es la secreción láctea de la glándula mamaria fuera del período puerperal o más allá de 6 meses tras el parto en una madre no lactante). Ante un caso de galactorrea lo más importante en una buena anamnesis y exploración física. Haremos una historia y un examen físico detallados, incluyendo la exploración de las mamas, buscando otros síntomas y signos propios de enfermedades causales, sin olvidar la causa farmacológica como una de las más frecuentes.

Diagnóstico diferencial: El 50% de los casos de galactorrea son idiopáticos. El 10-15% de los casos idiopáticos desarrollan un prolactinoma durante su seguimiento, mientras que en un 30% la PRL se normaliza espontáneamente. Las causas más frecuentes de galactorrea son: tumores hipofisarios productores de PRL (prolactinomas. Fármacos: neurolépticos (butirofenonas, fenotiacinas, risperidona, olanzapina, sulpiride, flupentixol, etc.), antidepresivos (tricíclicos, inhibidores de la MAO, ISRS, mirtazapina, etc.), antihipertensivos (metildopa, reserpina), opiáceos (codeína, morfina, metadona), antieméticos (metoclopramida, domperidona), cimetidina, inhibidores bomba protones, estrógenos, verapamilo, inhibidores de la proteasa (ritonavir, indinavir, zidovudina). Enfermedades endocrinas: hipotiroidismo primario, más raro enfermedad de Addison y enfermedad de Cushing.

Comentario final: Este caso clínico nos sirve de ejemplo de cómo un fármaco como el omeprazol (y los IBP en general) pueden ser causa de una gran variedad de efectos adversos. Actualmente debido a la gran utilización de este grupo farmacológico durante periodos de tiempo extremadamente largos están apareciendo nuevas asociaciones con patologías entre las que destacan: aumento del

riesgo de neumonías en la comunidad, aumento del riesgo de déficit de vitamina B12 en ancianos, casos de hipomagnesemia e hipocalcemia y aumento del riesgo de fractura de cadera en mujeres posmenopáusicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alberta Clinical Practice Guidelines Program (ACPGP). Toward Optimized Practice. Laboratory Endocrine Testing Guidelines: Galactorrhea. 2014.
2. Thomson A, Sauve M, Kassam N, Kamitakahara H. Safety of the long-term use of proton pump inhibitors. *World J Gastroenterol*. 2010;16(19):2323-30.
3. Fractura de cadera en mujeres postmenopáusicas, sobre todo en fumadoras. *BMJ*, 2012.