



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2486 - ¡Se lo prometo doctor, estoy cumpliendo la dieta!

A.M. Pozo Gallego^a, A. Piris Villaespesa^b, M. Moreno González^c, A. del Caño Garrido^d, S. Molina Visús^a, V. Aranda Jiménez^e y E. Marian Brigidano^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa de Campo. Madrid.

^bMédico Residente de 2^o año. Centro de Salud Torrelodones. HUPHM. Madrid. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa de Campo. Madrid. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo San Juan. Madrid. ^eMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 40 años, que acude a consultas de atención primaria por obesidad refractaria a dieta hipocalórica, pautaada por su endocrinólogo habitual, tras tres meses de tratamiento. Como antecedentes personales, es bebedor de 1-2 cervezas/día, presenta hipercolesterolemia y espondiloartrosis lumbar, con una cirugía de L4-L5 hace 15 años. Refiere que no come en exceso, aunque sí de forma irregular. Ha presentado normopeso hasta la adolescencia y realiza escaso ejercicio físico. En el estudio realizado en servicio de endocrinología no existe disfunción tiroidea ni hipercortisolismo.

Exploración y pruebas complementarias: IMC. 32,27; TA: 138/88; FC: 70 lpm. Eupneico. Destaca escaso vello en tronco. Resto de vello normal. Ginecomastia bilateral a expensas de tejido graso. Resto de exploración por aparatos anodina. Hemograma, hemoglobina glicosilada, hormonas tiroideas y cortisol normales. Perfiles hepático y lipídico alterados. Hormonas sexuales (FSH 1,70 mIU/mL, LH 0,10 mUI/ml, testosterona 54,00 ng/dL,) y prolactina 2^a basal > 200,00 ng/ml: alteradas.

Juicio clínico: Hiperprolactinemia en probable relación con macroprolactinoma. Sobrepeso grado I.

Diagnóstico diferencial: 1. Obesidad: hipotiroidismo, síndrome de Cushing, hipogonadismo, hipotalámica, déficit de GH, enfermedades mentales, fármacos, causas genéticas. 2. Hipogonadismo: hipo/hipergonadotrópico, retraso del desarrollo puberal, o enfermedades crónicas. 3. Hiperprolactinemia: fisiológica, neurogénica, hipofisaria, hipotalámica, sistémica, fármacos, idiopática.

Comentario final: A la vista de los resultados de las pruebas complementarias, se postula que su obesidad parece estar en relación con la hiperprolactinemia objetivada, por lo que se deriva nuevamente al servicio de endocrinología, solicitando RMN. La prueba estableció la existencia de una lesión nodular yuxtacavernosa 1,3 × 1,2 cm en la adenohipófisis, mientras que en la exploración oftalmológica se objetivó un defecto visual periférico bilateral. Con todo ello, se instauró tratamiento con agonistas dopaminérgicos con descenso de los niveles de prolactina, aumento de vello en tórax,

aumento de frecuencia de afeitado, palpación de tejido retroareolar y pérdida de 15 kg de peso. Con este caso queremos poner de manifiesto que es preciso integrar siempre la historia clínica y exploración física, ya que son las principales armas de un médico de atención primaria y por tanto, las que deben guiar nuestros diagnósticos. También hacer una llamada de atención a los posibles falsos positivos de hiperprolactinemia debidos a técnica de extracción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 5ª edición, Elsevier.
2. Gómez F, Reyes FI, Faiman C. Nonpuerperal galactorrhea and hyperprolactinemia. Clinical findings, endocrine features and therapeutic responses in 56 cases. Am J Med. 1977;62:648.
3. Wang AT, Mullan RJ, Lane MA, et al. Treatment of hyperprolactinemia: a systematic review and meta-analysis. Syst Rev. 2012;1:33.