



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2560 - Estudio de galactorrea: reporte de un caso

A. Palacio Liñares^a, A. Plazas Miñarro^b, M.J. Conesa Espejo^c, C. Sánchez Pérez^c, I.M. Martínez Ardil^c, R. Gómez García^c, A. Martínez Más^c, D. Martínez Antequera^c y J.J. Guerras Conesa^c

^aMédico de Familia; ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Murcia.

^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 22 años, con antecedentes de ovario poliquístico, no hábitos tóxicos, no tratamiento crónico. Acude a consulta de atención primaria por galactorrea bilateral de un mes de evolución y amenorrea, se realiza exploración física (EF) en la que destaca mastodinia y secreción láctea al presionar pezón. Se solicita analítica en la que destaca prolactina de 1.252 remitiéndose a consulta de Endocrino para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Mastodinia, galactorrea inducida tras presionar pezón. Analítica: bioquímica normal. Insulina: 14; delta 4 androstendiona: 4,0. Prolactina basal: 1.252; estrógenos: 47; hormona foliculoestimulante: 4,5; hormona luteinizante: 4,3; testosterona: 69; TSH: 1.990; T4 libre: 0,98. Resonancia magnética: macroadenoma hipofisario (1,7 × 2,9 × 2,8) con extensión supraselar que invade seno cavernoso izquierdo (grado 4, clasificación de Knosp), comprime tallo hipofisario, y quiasma óptico. Exploración oftalmológica: no defectos campimétricos, ni alteraciones papilares. Ecografía ginecológica: ovario poliquístico.

Juicio clínico: Macroprolactinoma.

Diagnóstico diferencial: Hipotiroidismo; fármacos: fenotiazidas, antidepresivos tricíclicos, opiáceos, metildopa, anticonceptivos; enfermedades infiltrantes; patología isquémica.

Comentario final: El prolactinoma, tumor productor de prolactina que estimula la producción láctea. Existen diversas causas de hiperprolactinemia que se pueden discernir con anamnesis, EF y apoyándose en pruebas complementarias como analítica sanguínea. Las causas más frecuentes son farmacológicas correspondiendo a niveles de prolactina < 100 ng/ml. Entre 100-150 ng/ml, las causas pueden ser farmacológicas, enfermedad infiltrante o hipotalámica (ejemplo isquémica). Si valores > 150 ng/ml, siempre descartar un adenoma hipofisario. Los adenomas hipofisarios se clasifican en micro si < 10 mm y macro si son > 10 mm. En mujeres son más frecuentes los microadenomas, en esta paciente superaba los 10 mm. Dentro de las principales complicaciones de los macroadenomas se encuentran las alteraciones visuales por compresión del quiasma óptico. En este caso, no se encontraron alteraciones campimétricas a pesar de comprimir tallo hipofisario y quiasma.

Bibliografía

1. Klibanski A. Prolactinomas. NEJM. 2013:1220-1.
2. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison Principios Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill, 2012.

Palabras clave: *Galactorrea. Macroadenoma. Prolactinoma.*