



242/2869 - LA IMPORTANCIA DE LA DISMINUCIÓN DE LA LÍBIDO EN AP

R. Sánchez Rodríguez^a, C. Corugedo Ovies^a, H. Mendes Moreira^b, E. Cano Cabo^b, R. Abad Rodríguez^c y C. Movilla Jiménez^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Asturias.

^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Siero-Sariego. Asturias. ^dEnfermera. Área sanitaria IV-Oviedo. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón, 55 años, sin alergias conocidas, HTA, tuberculosis pulmonar hace 5 años, disfunción eréctil (DE) hace 2 años. A tratamiento con olmesartán 40 mg e hidroclorotiazida 12,5 mg. Actualmente consulta a instancias de su pareja por pérdida de interés sexual y disfunción eréctil a pesar de tratamiento (tadalafilo 20mg). En la anamnesis, durante los últimos meses, disminución vello corporal y ginecomastia, niega cefalea y alteraciones visuales.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración neurológica normal, en la campimetría presenta escotomas arciformes bilaterales. Ginecomastia bilateral, no dolorosa, sin nodulaciones a la palpación. Abdomen globuloso, con ruidos hidroaéreos conservados, sin soplos, blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin circulación colateral. Realizamos en AP una ecografía clínica mamaria y abdominal sin hallazgos, y una analítica, en la que se objetiva una prolactina de 2.183 ng/ml y testosterona 0,60 ng/dl., hablamos con Endocrinología para consulta preferente con sospecha de prolactinoma confirmado mediante resonancia magnética nuclear (RMN).

Juicio clínico: Prolactinoma.

Diagnóstico diferencial: Disfunción eréctil orgánica. Prolactinoma.

Comentario final: Los prolactinomas son los tumores más frecuentes localizados en la hipófisis; microadenomas en mujeres porque acuden antes a consulta por amenorrea y macroadenomas en varones por tardar más en el diagnóstico, en nuestro caso el paciente vino obligado por su pareja al notar disminución en la libido y DE. Es de suma importancia la sospecha diagnóstica en AP por la sintomatología, basta con una analítica con valores de Prolactina basal muy elevada, que posteriormente se completan con RMN. Podemos encontrar valores disminuidos de FSH, LH y hormonas sexuales, por un efecto inhibitorio sobre tálamo y gónadas. Aunque son de carácter benigno, pueden ocasionar manifestaciones clínicas importantes como son la cefalea, hemianopsia bitemporal, ginecomastia, galactorrea, disfunción eréctil, disminución de la libido y disminución del vello por déficit de testosterona. Su tratamiento de elección es médico, utilizamos agonistas dopaminérgicos (bromocriptina o la cabergolina). Se reserva la cirugía como segunda elección salvo cuando ocasionan alteraciones ópticas, donde la resección quirúrgica del tumor por vía transesfenoidal pasa a ser la primera línea terapéutica. Aunque no son letales, presentan una gran

tasa de recidivas, en torno al 40% a los 6 años de la cirugía.

Bibliografía

1. Prolactinoma. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Disponible en: <http://endocrine.niddk.nih.gov/pubs/prolact/prolact.htm>.

Palabras clave: Disminución líbido. Disfunción eréctil.