

AMENORRREA E HIPERPROLACTINEMIA

Gazabat Barbado, E; Madrid Gómez de Mercado, MD; García Soria, V; Alfosea Marhuenda, E ; Cánovas López, L; Sánchez Ferrer, ML; Machado Linde, F; Nieto Díaz, A.

CASO CLÍNICO

- ▶ Paciente de 39 años remitida de la UGA por masa pélvica a estudio y Ca 125 elevado (160 UI/ml), resto de marcadores negativos. Durante la anamnesis la paciente refiere cefalea, amenorrea de meses de evolución y algias pélvicas. Como antecedentes de interés fue intervenida de tres cesáreas con ligadura de trompas en la última de ellas y colecistectomizada. A la exploración física no se evidencian hallazgos de interés.
- ▶ Se realizó una **ecografía transvaginal** donde se visualizó un útero en anteversión con un **mioma pediculado** en segmento posterior izquierdo de 51x29mm, y ovarios dentro de la normalidad. Por otra parte, se solicitó una **analítica** completa, donde las hormonas sexuales y tiroideas eran normales, así como los marcadores tumorales, excepto el **Ca 125** que era de **157UI/ml**. Además se observaron unos niveles de prolactina aumentados de **7264mUI/L(341.41ng/ml)**. Ante los hallazgos se solicitó una nueva analítica para confirmar la posible hiperprolactinemia, cuyo resultado es **7966mUI/L(374.4ng/ml)** y una **RMN** de manera preferente, en la que se visualiza una masa quística selar y supraselar de 15.6x20mm con compresión del quiasma óptico, que es sugestiva de un **macroadenoma quístico** con sangrado subagudo.
- ▶ Ante el diagnóstico de **prolactinoma hipofisario** es remitida a consultas externas de Neurocirugía que deciden junto con el servicio de Endocrino comenzar tratamiento médico con Cabergolina y revisión en 6 meses con nueva analítica y RMN.



DISCUSIÓN

- ▶ La correcta identificación de la causa de la hiperprolactinemia es crucial para el tratamiento, siendo el prolactinoma la causa patológica más común de ésta. **Los prolactinomas son los adenomas hipofisarios que más frecuentemente afectan a las mujeres jóvenes en edad fértil.** La hiperprolactinemia causa hipogonadismo, disfunción sexual, irregularidad menstrual o amenorrea. Los macroprolactinomas pueden provocar cefalea, alteraciones visuales e hipopituitarismo.
- ▶ Los **agonistas de la dopamina** son la primera línea de tratamiento, siendo la cabergolina la mejor opción debido a su alta eficacia (80-90% de los pacientes responden al tratamiento) y tolerabilidad, lo que lleva a una reducción tanto de los niveles de prolactina en suero como de las dimensiones del tumor.
- ▶ La **neurocirugía**, principalmente por la vía transesfenoidal, está indicada en los casos refractarios o intolerantes al tratamiento médico. La radioterapia está en desuso en la actualidad debido a su baja eficacia y numerosos efectos secundarios. En los prolactinomas agresivos y resistentes se ha mostrado eficaz la temozolomida, que es un antineoplásico del grupo de los alquilantes. Finalmente, los inhibidores de la tirosin-quinasa están siendo empleados en los últimos años como una útil herramienta adicional.

Bibliografía:

- Glezer A1, Bronstein MD1. Prolactinoma. Arq Bras Endocrinol Metabol. 2014 Mar;58(2):118-23.
- Ezzat S, Asa SL, Couldwell WT, Barr CE, Dodge WE, Vance ML, et al. The prevalence of pituitary adenomas: a systematic review. Cancer. 2004;101(3):613-9.
- Miyai K, Ichihara K, Kondo K, Mori S. Asymptomatic hyperprolactinaemia and prolactinoma in the general population-mass screening by paired assays of serum prolactin. Clin Endocrinol (Oxf). 1986;25(5):549-54.