Semergen. 2019;45(Espec Congr 7):126

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

423/113 - MUJER JOVEN CON AMENORREA

N. Santos Burguete, A. Baztán Ubani

[1]*Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azpilagaña. Pamplona.*

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 33 años sin antecedentes personales de interés que acude a su Centro de Salud consultando por amenorrea secundaria, tras haber dado a luz a su primer hijo hace dieciocho meses. Refiere que en este tiempo ha presentado solo dos menstruaciones. Previamente había sido valorada por Endocrinología por cifras elevadas de Prolactina de forma persistente, (en torno a 55-70 ?g/litro), determinación que había sido solicitada por episodios de mareo y cefalea. También había sido solicitado un TC craneal sin hallazgos patológicos. En el episodio actual, la paciente niega galactorrea o alteraciones en el campo visual. Tiene analítica reciente realizada por Ginecología con cifras de prolactina de 101,2 ?g/litro. La paciente no toma ningún fármaco en la actualidad. El Médico de Atención Primaria la remite de nuevo a Endocrinología para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: En la consulta del Centro de Salud se explora a la paciente, apreciando galactorrea en mama derecha, así como hipogonadismo asociado, con mamas hipotróficas. Se explora el campo visual, sin encontrar anomalías. Se solicita test de embarazo, que descarta gestación actual. En Endocrinología se solicita analítica sanguínea con macroprolactina, siendo negativa, y se solicita RM hipofisaria, que pone de manifiesto la presencia de un microprolactinoma.

Juicio clínico: Microadenoma hipofisario secretor de prolactina.

Diagnóstico diferencial: Con las distintas causas de hiperprolactinemia, y de amenorrea secundaria. En el primer caso, tendríamos que descartar en primer lugar el embarazo y lactancia, así como la toma de fármacos por parte de la paciente. Podríamos encontrar hiperprolactinemia en lesiones del hipotálamo o del tallo hipofisario, como tumores (craneofaringiomas, meningiomas...) adenomas que compriman el tallo hipofisario, granulomas, quistes de Rathke, radiación, silla turca vacía...También algunos trastornos sistémicos podrían cursar con hiperprolactinemia, tales como la insuficiencia renal crónica, el hipotiroidismo, la cirrosis, o crisis comiciales. Las causas de hipersecreción hipofisaria de prolactina serían acromegalia, y la prolactinoma, como es el caso de nuestra paciente. El segundo diagnóstico diferencial que se debe realizar en esta paciente que consulta por amenorrea secundaria, es con el resto de causas que pueden producir una amenorrea secundaria. En este apartado, encontramos las amenorreas secundarias de origen uterino, como el síndrome de Asherman, -que se descarta en nuestra paciente ya que no ha sido sometida a legrados previos y la exploración ginecológica es normal-, la insuficiencia ovárica, tumores ováricos, hipogonadismo hipogonadotropo, síndrome de Sheehan, craneofaringiomas, fármacos, enfermedades intercurrentes, amenorreas psíquicas, o amenorrea de origen suprarrenal o tiroideo. En cualquier caso, ante una amenorrea secundaria, las primeras determinaciones analíticas que deben solicitarse son la TSH y la prolactina, que en nuestra paciente se encontraba elevada, y por encima de 100 ?g/litros, es sugerente de microprolactinoma

como causa etiológica.

Comentario final: Ante una paciente joven que consulta por amenorrea, lo primero que hay que hacer es averiguar si se trata de amenorrea primaria o secundaria, y a continuación realizar las pruebas complementarias necesarias. Ante una mujer con microprolactinoma, debemos preguntarle por su deseo gestacional para valorar tratamiento con agonistas dopaminérgicos.

Bibliografía

Alpañés Buesa M, Álvarez Blasco F. Endocrinología, metabolismo y nutrición, 9ª ed. Grupo CTO Editorial. 2014.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.