



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

## 387/126 - MICROPROLACTINOMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Ruiz Larrañaga<sup>1</sup>, N. Otero Cabanillas<sup>2</sup>, M. Arias Lago<sup>1</sup>, A. García Martínez<sup>3</sup>, M. Guerra Hernández<sup>4</sup>, V. Maza Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Cantabria.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria.<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Maliaño. Cantabria.<sup>4</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Los Corrales. Buelna. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 29 años sin antecedentes personales, incluidos ginecológicos, ni familiares de interés que acude a consulta por alteraciones del ciclo menstrual en forma de oligomenorrea en los últimos 2 meses, cuando previamente los ciclos eran regulares de 28-30 días, y galactorrea ocasional por pezón derecho en la última semana. Niega otra clínica asociada incluida cefalea o alteraciones visuales. Ante la normalidad de la exploración se decide realización de analítica completa urgente, incluidas hormonas sexuales. Ante la elevación de prolactina en la analítica y la consiguiente sospecha de prolactinoma, se decidió solicitar RMN craneal urgente que confirma presencia de imagen compatible con microadenoma hipofisario por lo que se deriva preferente a Neurología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Ctes: SatO2 99%; TA 125/70; FC 95 lpm. Buen estado general. CyC normal, no hirsutismo. No adenopatías axilares ni supraclaviculares. Exploración neurológica completa normal, incluido el FO y campimetría por confrontación. ACP normal. Hemograma y bioquímica normales. Hormonas: TSH, LH y FSH normales. Prolactina 58 ng/ml. RMN craneal: silla turca en situación normal. En el tejido hipofisario del lóbulo izquierdo de la adenohipófisis, pequeño nódulo de 4 mm compatible con microadenoma hipofisario.

**Juicio clínico:** Microprolactinoma.

**Diagnóstico diferencial:** Embarazo, lactancia, estrés, otras causas de hiperprolactinemia.

**Comentario final:** La paciente fue valorada en Neurología decidiéndose tratamiento con cabergolina y seguimiento con nueva RMN a los 3 meses y analíticas periódicas objetivándose normalización de los niveles de prolactina. Los prolactinomas son adenomas hipofisarios que secretan prolactina y suponen más del 40% de los adenomas hipofisarios. Se clasifican en microprolactinomas si es inferior a 10 mm o macroprolactinomas si superan los 10mm. El 90% de los son microprolactinomas intraselares que no crecen. La clínica se debe a la hiperprolactinemia y a la inhibición secundaria de la secreción de LH y FSH siendo los síntomas más frecuentes la oligomenorrea/amenorrea o oligosperma, infertilidad, galactorrea, ginecomastia, disminución de la libido y síntomas compresivos que son más frecuentes en los casos de macroprolactinomas (cefalea, alt visuales). El diagnóstico se basa en objetivar la elevación de los niveles basales de PRL siendo suficiente una única determinación endovenosa salvo en caso de dudas por escasa elevación, en los que se recomienda varias determinaciones separadas por 15-20 min. Los niveles de PRL pueden estar elevados sin embargo por múltiples causas (fisiológicas, farmacológicas, etc.) por lo que el

diagnóstico de confirmación se basa en la realización de RMN hipofisaria. El tratamiento se debe realizar en caso de macroprolactinomas y en microprolactinomas sintomáticos y se basa en agonistas dopaminérgicos como la cabergolina (0,25-0,5 mg/sem) o la bromocriptina con el objetivo de normalizar los niveles de PRL y reducir el tamaño tumoral. El tiempo de tratamiento es controvertido ya que la recidiva tanto en micro como macroprolactinomas es frecuente pero, en cualquier caso, se suele situar por encima de los 2 años de tratamiento. El seguimiento debe hacerse con controles periódicos de las cifras de PRL y RMN en caso de que se eleven éstas. El tratamiento quirúrgico se reserva a casos resistentes al tratamiento médico o con efecto compresivo importante.

## Bibliografía

<http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-guia-clinica-diagnostico-tratamiento-del-S1575092213000296>