



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

469/6 - INTENTARLO TAMBIÉN ES DIVERTIDO

M. Artero Carrillo¹, E. Quiroz Flores², F. Balduvino Gallo², E. Escalona Canal³, N. Gallo Salazar², F. Espinoza Cuba⁴, J. López Cejuela⁴, J. Tranche Torres⁵

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santoña. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud CotoLino. Castro Urdiales. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Laredo. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Laredo. Cantabria. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de CotoLino. Castro Urdiales. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Acudió a nuestra consulta una paciente de 34 años, refiriendo deseos de gestación desde hace 3 años sin conseguirlo. Su pareja, 10 años mayor que ella, ya tiene un hijo. Como antecedente presenta, obesidad moderada IMC 33, reglas actualmente regulares. No medicación habitual. No hábitos tóxicos. Estudiada en ginecología hace 5 años, por dismenorrea con hallazgos de cifras de prolactina ligeramente elevadas por lo que no se inició tratamiento. Decidimos derivar a nuestra paciente al servicio de Ginecología para una nueva valoración y a Endocrinología donde le realizan determinación de prolactina tras reposo y resonancia magnética. También se solicitó analítica completa con función tiroidea, hepática, renal, serología, siendo estas normales. Se inició tratamiento con ácido fólico, y se aconsejó bajar de peso.

Exploración y pruebas complementarias: Las determinaciones sanguíneas de prolactina en los últimos 5 años oscilan entre 45 y 70 ng/ml. Resto de analítica normal. Determinación de prolactina tras reposo 53 ng/ml. Resonancia magnética de hipófisis sin y con contraste muestra una glándula hipofisaria de tamaño normal, tallo hipofisario centrado, no se identifican masas o alteraciones en la señal de la glándula hipofisaria. Ecografía ginecológica: normal.

Juicio clínico: Hiperprolactinemia funcional.

Diagnóstico diferencial: En esta paciente podemos descartar la hiperprolactinemia farmacológica, la debida a la insuficiencia hepática, renal o tiroidea y al síndrome de ovario poliquístico. Tras resonancia magnética se descarta micro prolactinoma.

Comentario final: Se consolida el diagnóstico de sospecha de hiperprolactinemia funcional y se prescribe tratamiento con cabergolina para facilitar tratamiento de fertilidad hasta conseguir gestación.

Bibliografía

Halperin Rabinovich I, et al., en representación del grupo de trabajo de Neuroendocrinología de la SEEN. Guía clínica de diagnóstico y tratamiento del prolactinoma y la hiperprolactinemia.; 2013; p. 308-19.

Capozzi A, Scambia G, Pontecorvi A, Lello S. Hyperprolactinemia: pathophysiology and therapeutic approach. Gynecol Endocrinol. 2015;31(7):506-10.

Vilar L, Vilar CF, Lyra R, Freitas MDC. Pitfalls in the Diagnostic Evaluation of Hyperprolactinemia. Neuroendocrinology. 2019;109(1):7-19.