



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2038 - ¡Amenorrea secundaria en mujer joven!

E. Molina Hurtado^a, J.A. Marín Relaño^b e I. Poyato Zafra^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Capilla. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 18 años que acude por presentar oligomenorrea seguido de amenorrea secundaria junto con disminución de la libido en el último año. Refiere asimismo cefalea de larga evolución. No ha presentado galactorrea ni alteraciones visuales. Se descartó e sucesivos controles embarazo y otras causas fisiológicas y farmacológicas. Peso 54,8 kg, Talla 163 cm, IMC 20,49, TA 95/53, FC 70 lpm. En perfil hormonal destacó la media de varias determinaciones y en condiciones basales una prolactina de 274 ?g/l con resto de hormonas en niveles normales. Se derivó a Servicio de Endocrinología para estudio de hiperprolactinemia.

Exploración y pruebas complementarias: Campimetría sin lesiones campimétricas con FO: leve elevación de bordes papilares (más en OI) sugestivas de compresión de vía óptica. En RMN con gadolinio: Lesión selar y supraselar heterogénea que ensancha la silla turca y desplaza posteriormente el tallo e infundíbulo de aproximadamente 23 × 20 × 15 mm compatible con macroadenoma que desplaza, deforma y comprime el quiasma óptico sin extensión supracallosa ni paracavernosa.

Juicio clínico: Macroprolactinoma 2,5 cm con compromiso quiasmático.

Diagnóstico diferencial: Ante la clínica sugestiva que presenta la paciente y la detección de cifras de prolactina elevadas hay que indagar en la etiología del cuadro. Causas fisiológicas: embarazo (2ª causa más frecuente de hiperprolactinemia y primera causa de hiperprolactinemia fisiológica) y lactancia. Sueño. Estrés. Relaciones sexuales, estimulación del pezón. Fármacos: causa más frecuente de hiperprolactinemia. Antagonistas de receptores dopaminérgicos: metoclopramida, domperidona, sulpiride. Otros: estrógenos (ACO), benzodiacepinas, antidepresivos tricíclicos e ISRS, opiáceos. Lesiones en región hipotálamohipofisaria: prolactinoma, tumores mixtos o que comprimen el tallo hipofisario e hipofisitis linfocitaria. Otras causas: hipotiroidismo primario.

Comentario final: Ante una amenorrea secundaria siempre hay que incluir o al menos sospechar un prolactinoma como causante del cuadro. Para su diagnóstico es importante descartar previamente otras causas fisiológicas y causas farmacológicas antes de establecer un diagnóstico de presunción. Con una clínica sugestiva, una buena historia clínica y una simple determinación analítica podemos establecer con mayor rapidez un diagnóstico fundamentado y agilizar el estudio complementario hospitalario.

Bibliografía

1. Rosenfield RL. Clinical review: Adolescent anovulation: maturational mechanisms and implications. J Clin Endocrinol Metab. 2013;98:3572-83.
2. Halperin R, Cámara Gómez R, García Mouriz M, Ollero García-Agulló D. Clinical guidelines for diagnosis and treatment of prolactinoma and hyperprolactinemia. Endocrinol Nutr. 2013;60:308-19.

Palabras clave: Amenorrea secundaria. Hiperprolactinemia. Adenoma. Prolactinoma.