



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

242/3901 - GALACTORREA DE TRES SEMANAS DE EVOLUCIÓN

M. Infante Ruiz^a, J. Fernández Escribano^b, R. Medel Cortés^c, A. Osuna Ortiz^d y M. Zorrilla Moreno^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villa del Río. ZBS Montoro. Córdoba. ^bMédico de Familia. Centro de Salud de Montoro. Córdoba. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villa del Río. Córdoba. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Villa del Río. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 47 años que acude a consulta de atención primaria refiriendo que lleva aproximadamente tres semanas con galactorrea sin ginecomastia, ni alteraciones en la menstruación ni otros signos o síntomas referidos por aparatos. Entre los antecedentes personales destaca: hipercolesterolemia en tratamiento con simvastatina, diabetes mellitus en tratamiento con metformina, fibromialgia en tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios y episodios intermitentes de dispepsia funcional que trata con omeprazol y cinitaprida.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Eupneica en reposo. Exploración de mama derecha: galactorrea no espontánea de aspecto lechoso. Resto de exploración anodina. Se solicita analítica con hemograma, bioquímica (glucosa, creatinina, GGT, AST, ALT, iones) normal. Hormonas: TSH, PRL, estradiol, progesterona FSH, LH normales. Tras resultados analítica, se reevalúa nuevamente en consulta a la paciente, haciendo hincapié en el tratamiento que toma actualmente y nos comenta que lleva aproximadamente un mes tomando una medicación nueva (“levosulpirida”) para los episodios de dispepsia. Suspendemos levosulpirida del tratamiento y citamos a los 10 días. Pasado este tiempo, refiere que ha desaparecido la sintomatología.

Juicio clínico: Galactorrea secundaria a tratamiento con levosulpirida.

Diagnóstico diferencial: Entre las causas que pueden desencadenar galactorrea caben destacar: situaciones estresantes, estimulación mecánica repetida, toma de fármacos (neurolépticos, antidepresivos, opiáceos, antieméticos, etc.), tumores hipofisarios, insuficiencia renal, cirrosis hepática, hipertiroidismo, etc.

Comentario final: El papel del médico de atención primaria en básico ante esta sintomatología. Una correcta anamnesis y exploración física exhaustiva van a permitir que el médico pueda llegar a un correcto diagnóstico de exclusión sin necesidad de derivar al paciente al especialista. En la actualidad, tenemos en la consulta muchos pacientes pluripatológicos o que toman medicación en un momento determinado sin consultar al médico, por ello es primordial que se pregunte sobre el tratamiento que toma el paciente, ya que la clínica que nos puede referir en la consulta puede estar provocada por la toma del mismo y la simple suspensión de una medicación determinada puede corregir la clínica.

Bibliografía

1. Landa Goñi J, Ruiz de Adana Pérez R. Alteraciones ginecológicas. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, eds. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 5^a ed. Madrid: Elsevier; 2003. p. 1086-7.

Palabras clave: Galactorrea. Levosulpirida.