



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

## 242/1817 - A PROPÓSITO DE UN CASO: GALACTORREA Y AMENORREA

E. Quintero Pérez<sup>a</sup>, M. Ruiz Alcalá<sup>b</sup>, J. Gómez Rubio<sup>c</sup>, M. Díaz Sánchez<sup>d</sup>, S. Carrillo Corchado<sup>e</sup> y L. Garvín Campos<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Don Paulino García Donas. Alcalá de Guadaíra. Sevilla. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Don Paulino García Donas. Alcalá de Guadaíra. Sevilla. <sup>c</sup>Médico Internista. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Utrera Norte. Sevilla.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 41 años antecedentes personales de hipotiroidismo primario, síndrome de ovario poliquístico, que consultó en atención primaria por amenorrea, galactorrea bilateral y ansiedad.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración destacaba nerviosismo, hipotensión (86/50 mmHg), y galactorrea bilateral. Se realizó analítica con resultado de prolactina 42,1 ng/ml, TSH 0,25 mUI/L, T4I 0,74 mUI/L, ecografía tiroidea con tiroiditis evolucionada y resonancia nuclear magnética con lesión quística en silla turca con extensión hacia tallo hipofisario, sin afectación del quiasma óptico ni senos cavernosos.

**Juicio clínico:** Quiste de Rathke (hipogonadismo, hipotiroidismo e hiperprolactinemia).

**Diagnóstico diferencial:** Habría que pensar en las patologías que causan galactorrea: idiopática (50%), prolactinoma (25%), y menos frecuente, endocrinopatías (hipotiroidismo primario, enfermedad de Addison o enfermedad de Cushing), enfermedad renal crónica o insuficiencia hepática, traumatismos o cirugía torácica, fármacos (neurolépticos, antidepresivos, antihipertensivos, opiáceos, antieméticos). Respecto al quiste de Rathke hay que hacer diagnóstico diferencial con lesiones quísticas que afecta a la región silla o hipotalámica: craneofaringiomas, mucocele, quiste dermoide y meningioma lipomatoso. Y por último, ante la hiperprolactinemia, debemos pensar en: hipersecreción fisiológica, embarazo/lactancia, estrés, tumores, craneofaringioma, masa hipofisaria supraselar, quiste de Rathke, adenoma hipofisario, hipofisitis, entre otras.

**Comentario final:** Las patologías de la región selar son una causa frecuente de consulta por la amplia variabilidad en la presentación, así como su particular afectación de las estructuras nerviosa y la presentación con síndromes endocrinológicos característicos por hipersecreción o por déficit hormonal. Los quistes de la bolsa de Rathke son un hallazgo relativamente frecuente en autopsias y estudios de TAC y RMN, ya que generalmente son asintomáticos. Su sintomatología más frecuentes es la cefalea y las alteraciones hormonales. En ocasiones, éstos crecen y comprimen el eje hipotálamo-hipofisario y el quiasma óptico, produciendo disfunción pituitaria y/o alteraciones visuales. Si estos quistes son asintomáticos, la función endocrina es normal y las estructuras supraselares no están comprimidas, se puede mantener actitud expectante; cuando presentan sintomatología, se suele indicar cirugía por vía transnasal transesfenoidal endoscópica.

### Bibliografía

1. Trujillo JM, Quel MT. Galactorrea. AMF. 2012;8(4):221-6.
2. Gutiérrez Alvarado RA, Romo Bonilla G, Pacheco Uc F. Quiste de Rathke. Evid Med Invest Salud. 2013;6(3):95-9.

**Palabras clave:** hyperprolactinemia. galactorrhea. rathke cleft. cysts.