

## 424/1608 - ESTUDIO DE OLIGOMENORREA Y GALACTORREA EN ADOLESCENTE

L. Carmona Calvo-Flores<sup>1</sup>, S. Martos Luque<sup>2</sup>, M. Calderón Casero<sup>3</sup> e I. Balaguer Villegas<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Salud la Cañada. Almería. <sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ejido Norte. Almería. <sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Pechina. Almería. <sup>4</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Balerma. Almería.

### Resumen

**Descripción del caso:** Adolescente de 17 años que asiste a consulta por oligomenorrea y galactorrea bilateral espontánea. Presenta ciclos irregulares cada 3-4 meses desde la menarquia (a los 14 años) y galactorrea de 2 años de duración. Amenorrea de 5 meses actualmente. No consumidora de fármacos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración completamente normal salvo galactorrea. Test de embarazo negativo, analítica con TSH y hormonas sexuales normal excepto prolactina (PRL) elevada: 124,7 ng/ml.

**Orientación diagnóstica:** Hiperprolactinemia idiopática vs prolactinoma. Desde la menarquia hasta la completa maduración del eje hipotálamo-hipofisario-ovárico son frecuentes los ciclos irregulares en adolescentes. La causa más frecuente de amenorrea secundaria es el embarazo (por lo que es preciso descartar con test).

**Diagnóstico diferencial:** El aumento de la PRL en sangre es uno de los trastornos neuroendocrinos más frecuentes. Son posibles etiologías: A. Fisiológicas: embarazo, estrés, relaciones sexuales, sueño, lactancia. B. Alteraciones del eje Hipotálamo-Hipofisario: tumores hipotálamo-hipofisarios, enfermedades granulomatosas, iatrogenia. C. Enfermedades sistémicas: renal, cirrosis hepática, Parkinson, epilepsia, hipotiroidismo, ovario poliquístico. D. Farmacológicos: anticonceptivos, antipsicóticos, antidopaminérgicos, antidepresivos, benzodiacepinas, procinéticos. Toda hiperprolactinemia debe ser confirmada (pues el estrés aumenta los niveles) siendo técnicas más selectivas las extracciones secuenciales (cada 15-20 minutos) y estimulación con TRH.

**Comentario final:** Las causas más frecuentes de hiperprolactinemia son las fisiológicas y farmacológicas; descartadas éstas se procede al estudio hormonal y de tumores hipofisarios, que son infrecuentes, sobretodo en infancia y adolescencia. Si no existe causa para hiperprolactinemia, terminado el estudio completo, la clasificaremos como idiopática. Por dicho motivo consideramos que, en Atención Primaria, con niveles de prolactina elevados de forma significativa, debemos iniciar el estudio y derivar según los resultados que obtengamos.

### Bibliografía

1. Melgar V, Espinosa E, Sosa E, Rangel M. J, Cuenca D, Ramírez C, et al. Diagnóstico y tratamiento actual de la hiperprolactinemia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016;54(1):111-21.

2. de Santa Olalla MM. Evolución del prolactinoma a largo plazo con tratamiento médico [Tesis doctoral] Madrid: Universidad Complutense de Madrid. 2012.

**Palabras clave:** Hiperprolactinemia. Prolactinoma. Amenorrea.