

424/38 - ANTIPSICÓTICOS Y PROLACTINA, ¿QUÉ RELACIÓN HAY ENTRE ELLOS?

N. Cubelos Fernández¹, S. Valcárcel González², M. Ajenjo González³ y A. Valcárcel Martínez⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León. ²Médico Residente de Oncología Médica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. León. ⁴Médico Psiquiatra. Centro de Salud Condesa. León.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 27 años, acude a consulta de atención primaria por amenorrea de 3 meses de evolución. No otra sintomatología asociada. Refiere ganancia de 5 kg peso en últimos 6 meses. Apetito normal. AP: esguince tobillo en 2015. Episodio psicótico agudo con ingreso en unidad de agudos de Psiquiatría hace 6 meses. Abuso de cannabis y alcohol esporádico. Vive en pareja. Tratamiento actual: paliperidona 100 mg im/28 días (6 meses de tratamiento). No toma de anticonceptivos orales.

Exploración y pruebas complementarias: COC. Normocoloreada y normohidratada. Normoperfundida. Afebril. AC: rítmica, sin soplos. AP: MVC. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. No masas ni megalias. No signos de defensa abdominal ni peritonismo. EEII: no edemas, no signos TVP. NRL: estabilizada psiquiátricamente. No signos de focalidad neurológica. Sedimento y sistemático: normal. Test de embarazo negativo. Bioquímica: glucosa: 81, urea: 18, creatinina: 0,7, FG > 60, ácido úrico: 3,1, colesterol total: 148, bilirrubina: 0,1, PCR: 3, Iones normales. Serie férrica normal. T4: 1,04. TSH: 2,3. Prolactina: 141 ng/ml (normal 3-30 ng/ml). Hemograma: Hb: 12,8, Leucocitos: 3.000. Plaquetas: 118.000. Coagulación normal.

Orientación diagnóstica: Hiperprolactinemia iatrogénica por antidopaminérgicos.

Diagnóstico diferencial: Otras causas de amenorrea: embarazo, lactancia, SOP, tumor ovárico, síndrome de Asherman, prolactinoma.

Comentario final: Las repercusiones clínicas de la hiperprolactinemia incluyen amenorrea, galactorrea, ginecomastia y disfunción sexual. A largo plazo, osteoporosis, aumento del riesgo cardiovascular y aparición de ciertos tumores. La hiperprolactinemia aparece en el plazo de 72h después del inicio del tratamiento antipsicótico, y es más frecuente en mujeres. Una vez que se interrumpe el tratamiento, los niveles en sangre pueden permanecer elevados durante un periodo de tiempo prolongado. Dentro del grupo de los fármacos antipsicóticos, los que provocan este efecto con mayor frecuencia son los neurolépticos convencionales, el amisulpiride, la risperidona y su metabolito paliperidona. Las estrategias para intentar corregir los niveles de prolactina son: disminuir la dosis de antipsicótico o sustituirlo por otro antipsicótico con menos repercusión sobre la prolactina, combinar aripiprazol (agonista parcial dopaminérgico) 5-15 mg/día o añadir agonistas dopaminérgicos (controvertido porque puede agravar la psicosis-descompensaciones). En nuestra paciente, se comenzó con disminución de paliperidona 75 mg im/28 día combinado con dosis de 5 mg/día de aripiprazol, se repitió analítica a las 4 semanas y se observó PRL en niveles casi normales (36 ng/ml). La paciente no se descompensó y recuperó la menstruación en los siguientes meses. Si esta estrategia no hubiera sido

suficiente, el segundo paso sería suspender paliperidona y comenzar aripiprazol 15 mg/día.

Bibliografía

1. Basterreche N, Zumárraga M, Arrue A, Olivas O; Dávila W. Aripiprazol como corrector de la hiperprolactinemia causada por paliperidona. *Actas Esp Psiquiatr.* 2012;40(5):290-2.
2. Perdomo EJ, Estrada, Santana F, Padrón RS. Hiperprolactinemia en la mujer: Causas, cuadro clínico y diagnóstico. *Rev Cubana Endocrinol.* 1998;9(1):47-52.

Palabras clave: Hiperprolactinemia. Paliperidona.