

EVOLUCIÓN DE LA MASA ÓSEA EN UNA MUJER CON HIPERPROLACTINEMIA

P. MEZQUITA RAYA, E. TORRES VELA, M. MUÑOZ TORRES, V. LUNA, F. LÓPEZ RODRÍGUEZ Y F. ESCOBAR JIMÉNEZ

SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN CLÍNICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. GRANADA.

Presentamos el caso clínico de una mujer de 31 años de edad que fue diagnosticada de osteoporosis secundaria a hiperprolactinemia producida por un macroadenoma hipofisario resistente a tratamiento y la evolución de la masa ósea antes y después de tratamiento con terapia hormonal sustitutiva.

We present a case of a 31 year-old female patient who developed osteoporosis due to hyperprolactinemia produced by a resistant hypofisary macroadenoma and the evolution of the bone mass before and after hormonal replacement therapy.

PALABRAS CLAVE: hiperprolactinemia, terapia hormonal sustitutiva, densidad mineral ósea.

KEY WORDS: Hyperprolactinemia, hormonal replacement therapy, bone mineral density.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 31 años que acude a la consulta de Endocrinología por síndrome de amenorrea-galactorrea de dos años de evolución, sin otra sintomatología hormonal específica. No refiere cefaleas ni alteraciones visuales. En la anamnesis no refiere antecedentes patológicos de interés, solamente insuficiente ingesta de lácteos con escasa actividad física, sin hábito tabáquico, ni consumo significativo de alcohol.

La exploración física muestra una paciente en normopeso con un índice de masa corporal (IMC) de 22,1 kg/m², galactorrea espontánea bilateral, sin otros estigmas de disfunción endocrina.

El estudio hematoquímico básico es normal, destacando en el estudio hormonal prolactina = 165 ng/dl (elevada); FSH = 2,7 mU/ml (descendida) y LH = 3,4 mU/ml (descendida), estradiol = 22 pg/ml (descendida) y función tiroidea normal.

El estudio de imagen muestra un macroadenoma hipofisario con extensión supraselar mínima (fig. 1) y la campimetría es normal.

El estudio densitométrico destaca valores compatibles con osteoporosis trabecular (t-score de columna lumbar: -2,81) y cortical (t-score de cuello femoral: -2,61) según criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1994) y el Center for Disease Control (CDC) (1996).

Se instaura tratamiento con bromocriptina a dosis crecientes hasta llegar a 30 mg/día durante cuatro meses, sin normalización clínica ni bioquímica. Posteriormente recibe tratamiento con cabergolina a dosis de 3 mg/semana durante ocho meses, sin resultados positivos.

Se realiza resección de adenoma hipofisario por vía transesfenoidal. El postoperatorio cursa sin complicaciones, persistiendo amenorrea y galactorrea con niveles analíticos similares a los previos.

El estudio hormonal posterior muestra prolactina = 98 ng/dl; FSH = 5,1 mU/ml; LH = 4,8 mU/ml y estradiol = 28 pg/ml. El resto del perfil hormonal era normal. La tomografía computarizada postoperatoria muestra silla turca parcialmente vacía sin evidencia de tumor. La paciente rechaza radioterapia y continúa con cabergolina a dosis de 4 mg/semana sin conseguir remisión de su hiperprolactinemia.

Se repite el estudio densitométrico a los 17 meses de iniciar tratamiento, y continúa con disminución de la densidad mineral ósea tanto en columna lumbar como en cuello femoral (t-score de columna lumbar: -3,02 y t-score de cuello femoral: -2,73).

Se inicia terapia hormonal sustitutiva con estradiol 50 mcg/día en parches transdérmicos y progesterona 10 mg/día vía oral durante 10 días al mes, con la que reinicia menstruaciones.

Tras cuatro años desde el diagnóstico inicial, se repite estudio densitométrico que muestra evidente mejoría, con cifras diagnósticas de osteoporosis trabecular (t-score de columna lumbar: -2,51) y osteopenia cortical (t-score de cuello femoral: -2,36).

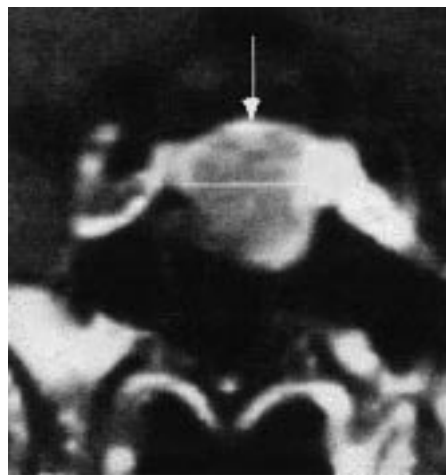


Figura 1. El estudio de imagen con resonancia magnética nuclear muestra en la sección coronal un macroadenoma hipofisario con expansión supraselar mínima.

Correspondencia: F. Escobar Jiménez.
Av. Andalucía, 14.
Huetor-Vega. 18198 Granada.

Aceptado para su publicación el 21-III-2000.

COMENTARIOS

Al acudir la paciente a la revisión endocrinológica, tras al menos dos años de clínica sugerente de hiperprolactinemia, ya presentaba valores bajos de densidad mineral ósea en comparación con la media de adulto joven.

Se iniciaron varios ciclos de tratamiento farmacológico con agonistas dopaminérgicos, con los que no se consiguió respuesta clínica, continuando con resultados altos los niveles séricos de prolactina y cifras de FSH, LH y estrógenos indicativas de hipogonadismo hipogonadotropo.

Durante esta evolución, la falta de esteroides sexuales, secundaria al efecto deletéreo producido por las cifras altas de prolactina sobre el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, determinó un aumento de la resorción ósea que desembocó en una pérdida progresiva de masa ósea, con disminución de los índices densitométricos a los 17 meses de la primera exploración.

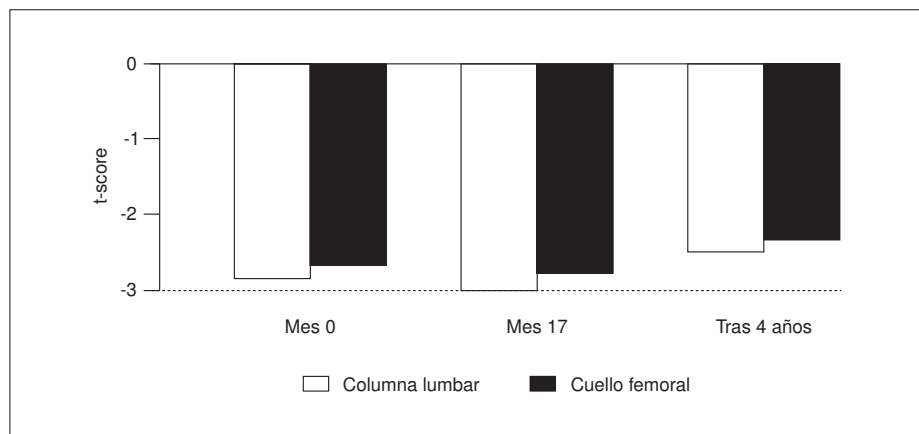


Figura 2. Evolución de los valores densitométricos. A los 17 meses se instauró tratamiento con suplementos de calcio y vitamina D orales y con terapia hormonal sustitutiva en parches secuenciales.

En este caso, además de intervenir sobre factores de riesgo generales, sería necesario instaurar terapia hormonal sustitutiva con la que normalizar el ciclo menstrual y las alteraciones hormonales. En este sentido se debería aumentar la ingesta cálcica y suplementos farmacológicos si fuera necesario y asegurar un aporte mínimo de 400 U/día de vitamina D, e iniciar terapia combinada con estró-

genos y progestágenos. No obstante, si existieran contraindicaciones para el tratamiento hormonal sustitutivo, otros fármacos antirresortivos como calcitonina o bifosfonatos deberían ser valorados.

Tras dos años de tratamiento, en los que se había normalizado el ciclo menstrual, presentó mejoría de los valores densitométricos (fig. 2).

PREMIOS AL MEJOR TRABAJO EN REEMO 2000

INTERNACIONAL DE EDICIONES Y PUBLICACIONES, S.A.

CONVOCA

LOS PREMIOS AL MEJOR TRABAJO ORIGINAL Y AL MEJOR TRABAJO CLÍNICO
PUBLICADOS EN LA REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES METABÓLICAS ÓSEAS
DURANTE EL AÑO 2000

1. Concurren a él todos los trabajos originales y clínicos publicados en la REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES METABÓLICAS ÓSEAS, durante el año 2000.
2. El Consejo Editorial realizará para cada grupo una selección de los tres mejores trabajos.
3. El Comité Editorial posteriormente otorgará un premio de 100.000 ptas, acompañado de un diploma, al mejor trabajo de cada grupo. El premio será entregado al primer firmante del trabajo.
4. Las decisiones de los Jurados responderán a criterios de independencia y de objetividad.
5. El resultado será hecho público en el Congreso SEIOMM de 2001.