

MACROPROLACTINOMA CON BUENA RESPUESTA AL TRATAMIENTO MÉDICO

L. Espinoza Colíndres¹; G. Villatoro Godoy¹; S. Martínez Mejía²; M. Castillo de Vera²

¹Hospital María de Especialidades Pediátricas, Tegucigalpa-Honduras.

²Pediatra de Equipo de Atención Primaria, Gran Canaria

INTRODUCCIÓN

- ❑ El prolactinoma es el adenoma hipofisiario funcional más común en la adolescencia siendo más frecuente en mujeres. Tiene una prevalencia estimada de 100 casos/millón de habitantes.
- ❑ La hiperprolactinemia interrumpe la secreción pulsátil de la hormona liberadora de gonadotropinas (GRH) e inhibe la hormona luteinizante (LH) y hormona folículo estimulante (FSH).
- ❑ Las manifestaciones clínicas son muy heterogéneas variando según sexo, tamaño tumoral y edad de comienzo, puede presentarse con oligo/amenorrea, galactorrea, cefalea y alteraciones de campos visuales. Se clasifican en microadenomas (diámetro ≤ 10 mm) y macroadenomas (diámetro >10 mm).
- ❑ Los agonistas dopaminérgicos como la bromocriptina o la cabergolina son el tratamiento médico de elección. La cirugía está indicada en macroprolactinomas con fracaso terapéutico farmacológico, el abordaje de elección es el transesfenoidal. La radioterapia es excepcional.

RESUMEN DEL CASO

Anamnesis: Adolescente de 14 años con menarquia a los 10 años, con ciclos menstruales regulares que 18 meses después de la menarquia inicia ciclos irregulares, evolucionando a amenorrea en los 3 meses previos a la primera consulta, así como galactorrea bilateral espontánea en los últimos 6 meses. Niega hemianopsia.

EF: Peso: 48.7 Kg, Talla 151.8 cm. IMC: 21.1 Kg/m², P/A: 100/70. Fondo de ojo normal. Tiroides normal. Tanner S4P4. Galactorrea bilateral. No masas en mamas



Pruebas complementarias

Laboratorio:

Prolactina: 100 ng/ml. LH: 7.52 mIU/ml, FSH: 5.57 mIU/ml, Estradiol: 95 pg/ml. ACTH: 70.8 pg/ml, cortisol AM: 15.1 ng/dl y PM: 5.32 ng/dl. Densidad urinaria y electrolitos normales.

Campimetría: Perimetría central 30:2 dentro de la normalidad, reducción generalizada de la sensibilidad bilateral y sutiles escotomas periféricos en ojo derecho.

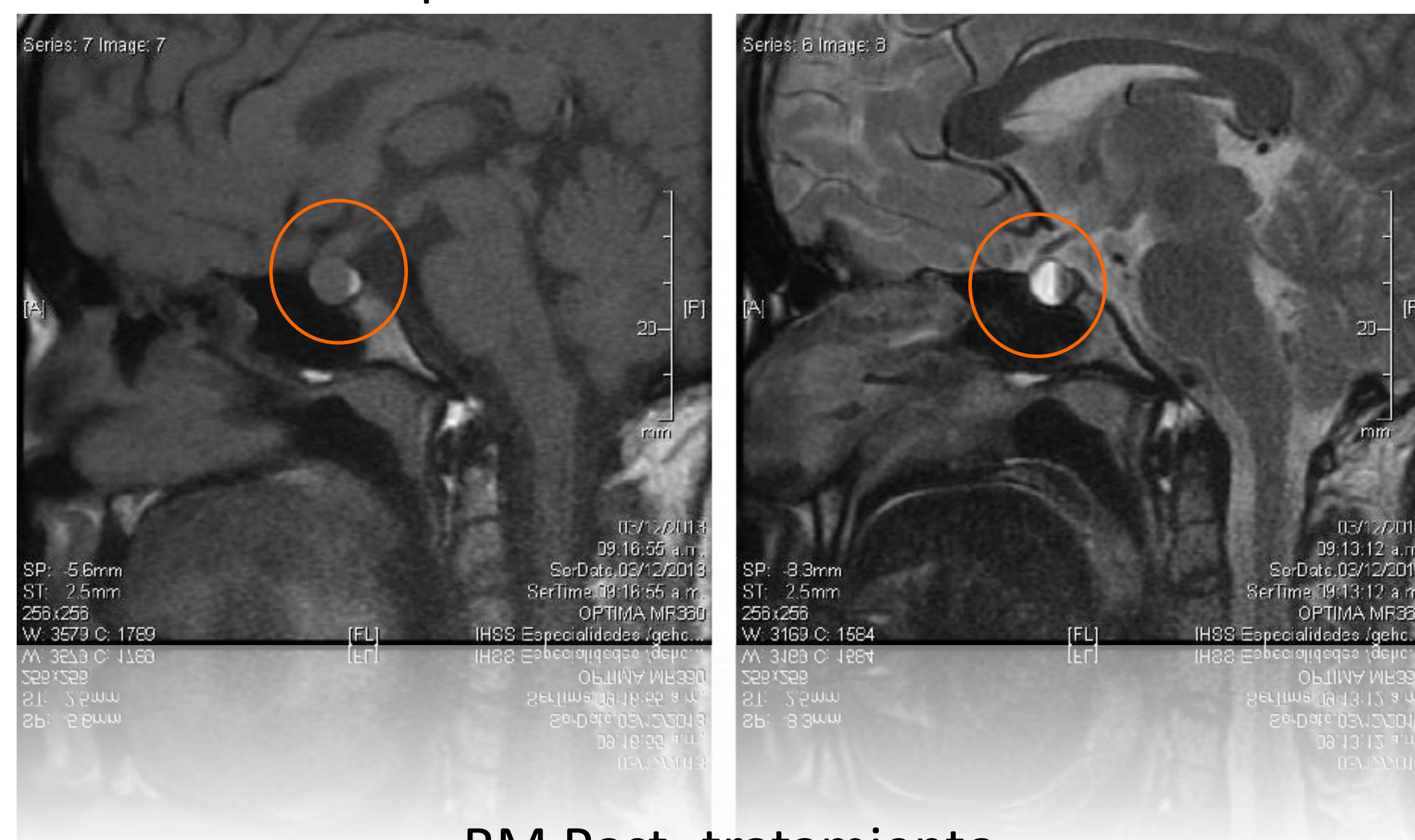
TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Cabergolina a dosis de 0.5 mg tres veces por semana durante un año, dosis acumulada de 60 mg. A los 3 meses de tratamiento tiene ciclos menstruales regulares, persistiendo la galactorrea la cual remitió un año después del tratamiento, periodo en que también se evidenció normalización de los niveles de prolactina y el control de RM de hipófisis fue normal.

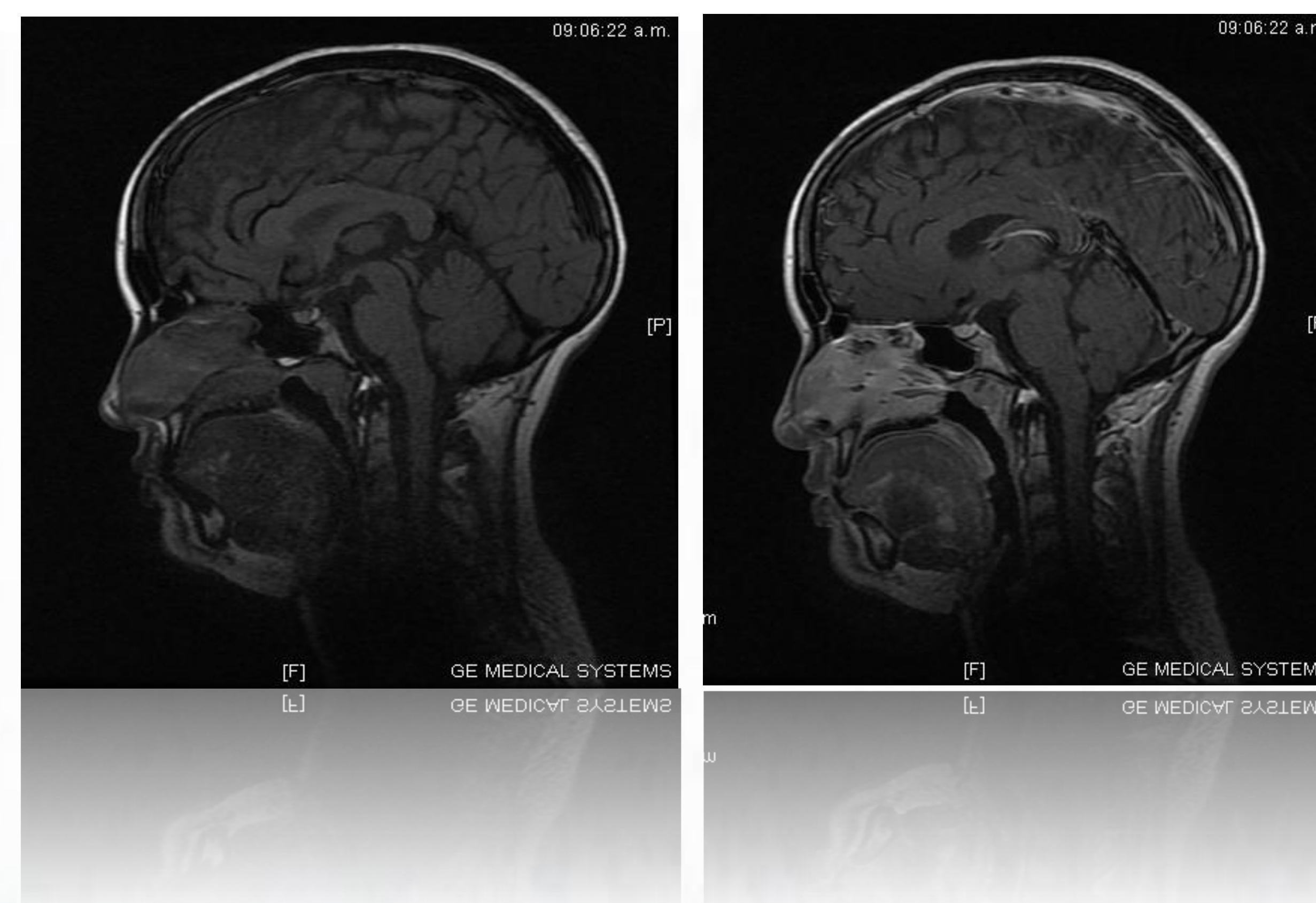
Pruebas Radiológicas

Resonancia magnética (RM) craneal: macroadenoma hipofisiario con degeneración quística o probable sangrado en su interior, 13x10 mm de diámetro anteroposterior y longitudinal.

RM al diagnóstico: macroadenoma hipofisiario de 13x10 mm



RM Post- tratamiento



CONCLUSIONES

- ❑ La galactorrea en niñas debe motivarnos siempre a realizar estudios para investigar prolactinomas aunque no haya alteraciones del ciclo menstrual, neurológicas u oftalmológicas.
- ❑ El tratamiento de elección de los microprolactinomas y los macroprolactinomas en los que no hay signos de hipertensión endocraneana ni compromiso visual son los agonistas dopaminérgicos.