Prolactinoma como causa de amenorrea en paciente con pubertad adelantada

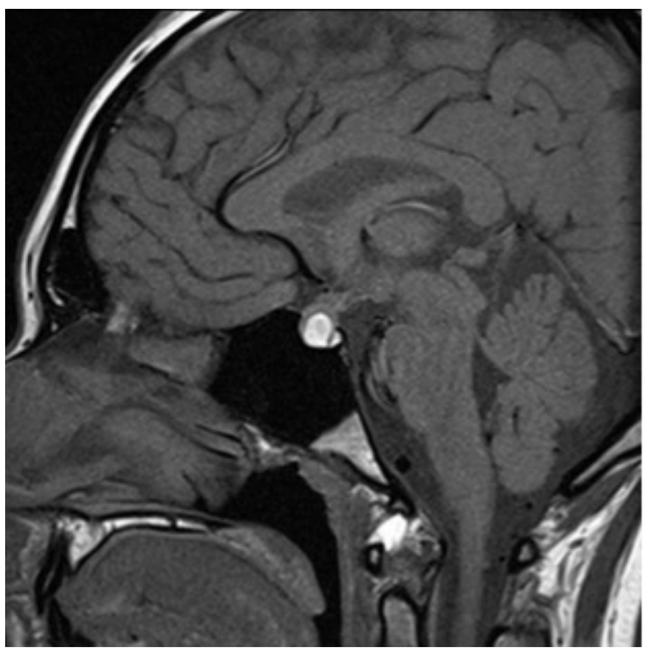
Marta Alcaide Sarabia[1], Mercedes Marbán Calzón[2], Alicia González Jimeno[2], Jorge García Carreras[1], Carla Pascual Morcillo[1], Celia Almoguera Diaz-Flores[1]
1. MIR Pediatría en Hospital General La Mancha Centro. 2. FEA Pediatría en Hospital General La Mancha Centro

INTRODUCCIÓN

Los prolactinomas son raros en la infancia aunque representa la segunda causa más frecuente de tumor hipofisario en niños y primera en pubertad, predomina en el sexo femenino.
En su mayoría benignos, aunque en el caso de macroprolactinomas pueden tener un comportamiento agresivo cuando invaden o comprimen estructuras adyacentes. En su mayoría son formas esporádicas, no obstante, debe valorarse la posibilidad una neoplasia endocrina múltiple tipo 1 (MEN 1).
Clasificación según tamaño:

- Macroprolactinomas (> 1 cm)
- Microprolactinomas (< 1 cm)

RESUMEN DEL CASO



Motivo de consulta: Adolescente, mujer de 14 años. **Amenorrea** 4 meses de evolución.
Anamnesis: Menarquia a los 12 años con menstruaciones de 3-4 días de duración, regulares cada 28 días. No galactorrea, leves molestias junto con tumefacción mamaria. Cefalea ocasional que cede con analgesia. No ganancia ponderal, no acné. Previamente en seguimiento en endocrinología por pubertad adelantada.
Pruebas complementarias: Se realiza estudio con prolactina 63 ng/ml (valor normal según sexo y edad: 4.20-39 ng/ml) 20 minutos tras venopunción, perfil tiroideo y gonadal normal. Test de embarazo y tóxicos en orina negativos.

RMN cerebral e hipofisaria: silla turca imagen nodular de 9 mm en la región inferior a la glándula, centrada en línea media, hiperintensa en T1 e hipointensa en T2, desplazando la glándula hacia región superior de la silla.

Ante diagnóstico de microprolactinoma **se inicia tratamiento** con cabergolina 0.25 mg 2 veces por semana.
Se interconsulta a neurocirugía por microadenoma con efecto compresivo. Se consensua **control con RMN en 6 meses tras inicio de tratamiento**.

CONCLUSIONES

Nuestra paciente se encontraba en seguimiento por pubertad adelantada y durante la evolución consulta por amenorrea secundaria.
Debemos tener en cuenta el prolactinoma como posible diagnóstico diferencial, dado que la clínica varía según edad, sexo y tamaño. Por ello, es importante solicitar niveles de prolactina ante galactorrea, retraso puberal o amenorrea primaria, o secundaria.

Excluidas las causas iniciales de: estrés por venopunción, embarazo, lactancia o causas farmacológicas, se requiere realización de **estudio analítico** y si no existe causa justificada para niveles de prolactina, se debe realizar **RMN hipofisaria**. El empleo de agonistas dopaminérgicos (Cabergolina) es la primera opción terapéutica en ausencia de complicaciones que requieran tratamiento quirúrgico. En 6-12 meses tras inicio de tratamiento se debe realizar RMN hipofisaria para control de tamaño tumoral y monitorizar cifras de prolactina.