



# *Hiperprolactinemia*

**¿Qué es la Hiperprolactinemia?** es el aumento de los niveles de la hormona prolactina en sangre. Es liberada a la sangre por la hipófisis como consecuencia de diversos estímulos y es inhibida por la **dopamina**.

La **prolactina** es una hormona sexual secretada por células lactotropas de la parte anterior de la hipófisis, la adenohipófisis, que estimula la producción de leche en las glándulas mamarias y la síntesis de progesterona (Es una hormona sexual cuya función es acondicionar el endometrio para facilitar la implantación del embrión en este, durante el **embarazo** ayuda a que transcurra de manera segura y ayuda a preparar las glándulas mamarias aumentando el tamaño de los senos para la segregación de leche) en el cuerpo lúteo

## Valores de prolactina:

- **Hombres:** 2 a 18 ng/mL
- **Mujeres No embarazadas:** 8 a 20 ng/mL
- **Mujeres embarazadas:** 10 a 209 ng/mL (35-600)

**La adenohipofisis** (La glándula que secreta la prolactina): Es el lóbulo anterior de la glándula hipófisis, esta última se encuentra en la base del cerebro, cuya función es: regular distintos procesos del organismo mediante la secreción de hormonas, trabajando de forma coordinada con el hipotálamo, que a su vez segrega hormonas estimulantes o inhibitoras

## **¿Cuáles son las causas de Hiperprolactinemia?**

Existen varias causas:

1. Fisiológicas: ( Los más comunes):
  - Embarazo
  - Amamantamiento (6 primeras semanas)
  - Sueño
  - Estimulación de los pezones
  - Estrés
  - Coito
2. Farmacológicas (Por uso de medicamentos): Metroclorpramida, Antidepresivos ( Risperidona, Haloperidol), Estrógenos, Omeprazol, Verapamilo, Antihipertensivos, como: Captopril, Enalapril.

3. Tumores Hipofisarios: los más comunes PROLACTINOMAS
4. Infecciones del Sistema Nervioso Central
5. Otros: Insuficiencia Renal Crónica, Insuficiencia Hepática, Hipotiroidismo, infección de la pared Torácica.
6. Hiperprolactinemia Idiopática ( Sin causa)

### ¿Cuáles son los Síntomas que produce la Hiperprolactinemia?

- **En las Mujeres:**
  - Alteraciones menstruales
  - Secreción de leche
  - Disminución del deseo sexual
  - Infertilidad
  - Osteoporosis
- **En los Hombres:**
  - Impotencia sexual
  - Disminución del deseo sexual
  - Aumento de las glándulas mamarias
  - Secreción de leche
- **En ambos sexos:**
  - Dolor de cabeza
  - Disminución de la agudeza visual
  - Náuseas
  - Vómitos
  - Mareos



## ¿Cómo se Diagnostica la Hiperprolactinemia?

- El médico debe indagar sobre los síntomas antes mencionados y preguntar al paciente que enfermedades sufre( insuficiencia renal o hepática, hipotiroidismo...entre otras enfermedades) y que medicamentos toma en casa ( para ver si el fármaco es la causa de hiperprolactinemia)
- Los exámenes de laboratorios que se deben realizar son:
  - Perfil general: para descartar insuficiencia renal o hepática
  - Perfil Tiroideo: ( TSH, T3Libre y T4 Libre), en busca de hipotiroidismo
  - Prolactina en sangre: Si en 2 oportunidades sale elevado, se da con el diagnostico.
- Estudios de imagen que se deben solicitar son:
  - **(RM)** Resonancia Magnética Nuclear Cerebral con énfasis en región sellar
  - **(TC)** Tomografía Axial Computarizada Cerebral ( en caso de paciente que se contraindica RM): para así buscar si hay tumores en la hipófisis
- Descartar **Macroprolactinas** ( que son moléculas de mayor tamaño y son una causa de hiperprolactinemia (hasta 20%) que debe sospecharse cuando faltan síntomas típicos de hiperprolactinemia)
- Campimetría Axial Computarizada( en paciente que tengan disminución de la agudeza visual)

## ¿Qué Tratamiento se debe indicar en pacientes que tengan hiperprolactinemia?

- Si la causa de la hiperprolactinemia es inducida por medicamentos **Suspender** el fármaco si es clínicamente posible y Si **No** es posible, debe ser **Sustituido** por un fármaco con acción similar y que no cause prolactinemia ( otro medicamento que sirva para la misma enfermedad, pero que cuyos efectos secundarios no de hiperprolactinemia)
- Si el medicamento **No** puede discontinuarse o ser sustituida, se sugiere el uso de Estrógenos o Testosterona en pacientes con **hipogonadismo** ( es un trastorno en que los testículos u ovarios no son funcionales o hay incapacidad genética del hipotálamo para secretar cantidades normales de hormonas sexuales)
- Si existe contraindicación de uso de ESTROGENO O TESTOSTERONA ó si existe Deseo de Embarazo, se sugiere, bajo estricto control médico, considerar la administración de un **agonista de la dopamina**
- Se sugiere no tratar a los pacientes con hiperprolactinemia **asintomática**(aquellas que no tengan síntomas) inducida por medicamentos
- Solo bajo estricta vigilancia médica se debe usar **agonista de la dopamina**

## ¿Cuáles son los Agonistas de la Dopamina?

1. Cabergolina: Es la **primera opción** por su mayor eficacia (disminuye la prolactina y el tamaño tumoral) y tiene mejor tolerancia.
2. Bromocriptina: **Es el fármaco de elección en el embarazo** por más experiencia acumulada pero es peor tolerado que la cabergolina.

**¿SABÍA USTED QUÉ?** Existen otros agonistas dopaminérgicos como:  
Quinagolida, Lisurida pero no existen en nuestro país

## ¿Cuál es el seguimiento de un paciente con hiperprolactinemia, una vez iniciado el tratamiento con Agonista Dopaminérgicos?

- 1) Dosaje periódico de prolactinemia: empezando un mes después de iniciado el tratamiento y después periódicamente para ajuste de la dosis
- 2) Repetir la primera Resonancia magnética a los 3 meses en caso de MACROPROLACTINOMA, y luego anual.

En los MICROPROLACTINOMAS **No** se hace Resonancia Magnética de rutina salvo si los niveles de prolactina continúan en aumento mientras el paciente recibe tratamiento o ó si aparecen nuevos síntomas

- 3) Campimetría Visual → solo en pacientes con MACROPROLACTINOMA al inicio del diagnóstico y luego según evolución

## ¿A qué pacientes se debe tratar con Agonistas Dopaminérgicos?

1. A todo paciente que tenga tumores hipofisarios grandes productores de prolactina (Macroprolactinomas)
2. Se sugiere NO tratar con Agonistas Dopaminérgicos a pacientes con Microprolactinomas asintomáticos.
3. Se sugiere SI tratar con Agonistas Dopaminérgicos a pacientes con amenorrea (3 o más meses con ausencia de menstruación) causada por Microadenomas. Y otra opción es usar ACO (Anticonceptivos Orales) en mujer pre-menopáusica o con Microadenoma que NO deseen quedar embarazada

## ¿Por cuánto tiempo se toma los Agonistas Dopaminérgicos?

Con cuidadoso seguimiento médico y previo examen físico y resultados de laboratorios, el tratamiento con Agonistas Dopaminérgicos puede ser disminuido o suspendido tras un mínimo de 2 años de tratamiento, solo en pacientes que No tengan elevación de los niveles de prolactina en sangre y que No tengan remanente visible de tumor por Resonancia Magnética Nuclear

## ¿Es importante que usted sepa qué?

<p>El riesgo de <b>recurrencia</b> luego de suspender tratamiento varía de 26-69%, y todos los estudios muestran que se puede predecir por los niveles de prolactinemia al diagnóstico (<b>&gt;200 ug/l ↓% de curación</b>) y el tamaño tumoral inicial.</p>	<p><b>Sigue en discusión cual es la duración óptima del tratamiento y si éste puede suspenderse.</b></p>	<p>Cuando se decida la interrupción del tratamiento se debe <u>reducir la dosis de Agonistas Dopaminérgicos gradualmente</u>, tanto como nos permita mantener la <b>Prolactina</b> dentro de la normalidad, hasta retirarla finalmente.</p>
--	--	---

**Dra. Heidy Rodríguez**

**Residente de post grado del Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani**