



Caso clínico. Endocrinología

Galactorrea en adolescente: a propósito de un caso

Miriam Castañares Saiz^a, Alicia González de la Rosa^b, Ansara Castillo Marcalain^b,
Eva de Lamo González^c, Ainoa Buendía de Guezala^d

^aMIR-Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. España
• ^bPediatra . CS Covadonga. Torrelavega. Cantabria. España • ^cPediatra. CS Puerto Chico. Santander.
Cantabria. España • ^dPediatra. CS Área Santander-Laredo. Cantabria. España.

Publicado en Internet:
31-marzo-2023

Miriam Castañares Saiz:
mirianbach2@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El hipotiroidismo es una de las endocrinopatías más frecuentes en Pediatría. Siendo su forma de presentación clínica diversa (astenia, hipoprecimiento...), o un simple hallazgo casual en control analítico. Pero, debido a su localización anatómica, puede dar lugar a hiperprolactinemia secundaria.

RESUMEN DEL CASO

Adolescente de 11 años, que acude a la consulta de manera urgente por referir galactorrea bilateral de menos de 24 horas de evolución. No refiere dolor. No hay alteraciones en la piel. Asocia hábito estreñido, no astenia ni anorexia. No menarquia. Niega la ingesta de fármacos u otros productos. No antecedentes familiares ni personales de interés. Vacunada correctamente.

A la exploración, sobrepeso. Desarrollo puberal P1 adipomastia S2-3. No secreción mamaria en el momento de la exploración. Abdomen globuloso sin alteraciones, resto de exploración física anodina.

Ante historia, se solicita analítica que se realiza al día siguiente. Hallazgos: TSH de 2366 mU/l con T4L <0,10 ng/dl y T3L <0,20 ng/dl, prolactina 94,2 ng/ml, hormonas sexuales prepuberales. Hemograma sin alteraciones. Bioquímica con elevación de transaminasas (GPT 167U/l, GOT 142 U/l), elevación de CK (813) y alteración de perfil lipídico (TG 573 mg/dl, colesterol 374 mg/dl con no-HDL de 331). Se completa con anticuerpos antitiroideos, elevados tanto los Ac-antitiroglobulina como los antiperoxidasa. Es remitida a consultas

de Endocrinología Infantil y se solicita ecografía tiroidea informada como enfermedad tiroidea difusa de probable origen autoinmune.

Ante hallazgos analíticos y ecográficos, se inicia tratamiento sustitutivo con eutirox 100 mcg/día con mejoría de parámetros analíticos. Control analítico al mes de tratamiento: TSH 2,8mU/l con T4L 1,3 ng/dl, prolactina 11,5 ng/ml, colesterol de 122 mg/dl. Asimismo, resolución de estreñimiento.

A los 3 meses del diagnóstico, refiere cefalea sin otros datos de alarma, por lo que se completa estudio con RMN hipofisaria, que es informada como aumento de tamaño de la adenohipófisis, sugestivo de hiperplasia, muy probablemente asociada a su hipotiroidismo primario (el tamaño de la glándula es mayor que el fisiológico puberal normal). Además, control analítico con TSH de 0,64 mU/l y T4L 0,92 ng/dl.

COMENTARIOS

Dentro del diagnóstico diferencial de galactorrea debemos descartar, entre otras, causas infecciosas, prolactinoma, hipogonadismo o fármacos; siendo el hipotiroidismo la causa secundaria más frecuente en adolescentes.

El hipotiroidismo, pese a graves alteraciones analíticas como la presentada, evoluciona satisfactoriamente con tratamiento sustitutivo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Cómo citar este artículo: Castañares Saiz M, González de la Rosa A, Castillo Marcalain A, De Lamo González E, Buendía de Guezala A. Galactorrea en adolescente: a propósito de un caso. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2023;(32):e71.