



Caso clínico

Hiperprolactinémia – que diagnóstico?



Liliana Quaresma*, Sara Oliveira, Ana Luísa Leite, Andreia Teles,
Jorge Sales Marques e Rosa Arménia Campos

Unidade de Endocrinologia Pediátrica, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, Portugal

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 19 de janeiro de 2014

Aceite a 30 de setembro de 2014

On-line a 11 de abril de 2015

Palavras-chave:

Hiperprolactinémia
Prolactina
Galactorreia
Hipogonadismo
Prolactinoma

R E S U M O

A hiperprolactinémia é a alteração endócrina mais comum do eixo hipotálamo-hipofisário, apesar da sua prevalência na população infanto-juvenil ainda não estar claramente definida.

Na rapariga os sintomas mais frequentes são oligomenorreia, amenorreia, galactorreia e infertilidade. No rapaz pode cursar com ginecomastia, galactorreia, bem como com sintomas neuro-oftalmológicos (alterações visuais e cefaleias), devido à maior frequência de macroadenomas.

As etiologias da hiperprolactinémia são várias, sendo o uso de fármacos uma causa comum.

Uma história clínica detalhada associada a exame físico completo, determinação da bioquímica básica, hormona estimuladora da tiróide (TSH) e teste de gravidez, permitem excluir todas as causas de hiperprolactinémia, exceto as secundárias, como a patologia hipotálamo-hipofisária.

Quando não se identifica a causa da hiperprolactinémia deverá realizar-se uma ressonância magnética da área hipotálamo-hipofisária, e no caso de esta ser negativa é feito o diagnóstico de hiperprolactinémia idiopática.

Nas hiperprolactinémias secundárias o tratamento deve ser etiológico.

O tratamento médico com agonistas dopaminérgicos constitui a terapêutica de eleição nos prolactinomas e na presença de hipogonadismo ou outros sintomas causados pela hiperprolactinémia.

A cirurgia transesfenoidal só está indicada quando há resistência ou intolerância aos agonistas dopaminérgicos.

Os autores apresentam quatro casos clínicos de hiperprolactinémia com etiologias diversas.

© 2014 Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Hyperprolactinemia – which diagnosis?

A B S T R A C T

Hyperprolactinemia is the most common endocrine alteration of the pituitary-hypothalamic axis, although its prevalence in the pediatric and adolescent population is not clearly defined yet.

In girls the main symptoms are the association of oligomenorrhea, amenorrhea, galactorrhea and infertility. The clinical picture in boys includes gynecomastia, galactorrhea, as well as neuro-ophthalmologic findings (impaired vision and headache) due to a higher frequency of macroadenomas.

There are several etiologies of hyperprolactinemia and medication use is a common cause.

A thorough history and physical examination, routine laboratory investigations, thyroid-stimulating hormone (TSH) determination, and pregnancy test can rule out all causes of hyperprolactinemia except hypothalamus-pituitary disease.

When no evident cause of secondary hyperprolactinemia is found, hypothalamus-pituitary magnetic resonance imaging (MRI) should be performed. If the MRI is negative the most probable diagnosis is idiopathic hyperprolactinemia.

Keywords:

Hyperprolactinemia
Prolactin
Galactorrhea
Hypogonadism
Prolactinoma

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: lilianaquaresma@hotmail.com (L. Quaresma).

In secondary hyperprolactinemia treatment should be etiologic.

Medical treatment with dopamine agonists is currently the treatment of choice for prolactinomas and hypogonadism or other symptoms due to hyperprolactinemia.

Transsphenoidal surgery is suitable only when there is resistance or intolerance to dopamine agonists.

The authors report four cases of hyperprolactinemia with different etiologies.

© 2014 Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

A hiperprolactinémia é a alteração endócrina mais comum do eixo hipotálamo-hipofisário, com uma prevalência de 0,4% na população adulta. Em idade pediátrica, os dados disponíveis são escassos, pelo que a sua prevalência ainda não está definida^{1,2}.

Um valor sérico de prolactina acima do limite superior da normalidade confirma o diagnóstico de hiperprolactinémia³.

As etiologias são variadas e podem dividir-se em três grupos principais: fisiológicas, farmacológicas e patológicas. Quando não é possível identificar uma causa provável, a hiperprolactinémia é considerada de natureza idiopática^{2,4,5}.

Dentro das manifestações clínicas da hiperprolactinémia temos a galactorreia e sintomatologia decorrente do hipogonadismo. No caso de etiologia tumoral, poderemos ter sintomas neuro-oftalmológicos, pelo efeito de massa^{6,7}.

Assim, a presença de clínica sugestiva de hiperprolactinémia deve ser confirmada com a avaliação laboratorial da prolactina. Salienta-se a importância da história clínica detalhada e do exame objetivo para o correto diagnóstico diferencial e seleção dos exames auxiliares de diagnóstico necessários.

Descrevem-se quatro casos clínicos de hiperprolactinémia enviados à consulta de Endocrinologia Pediátrica de um hospital de nível 3 com diferentes fatores etiológicos, realçando a importância do correto diagnóstico, uma vez que as implicações terapêuticas são bastante distintas.

Descrição dos casos

Caso clínico 1

Adolescente de 15 anos, sexo feminino, enviada à consulta por galactorreia catamenial com três meses de evolução e hiperprolactinémia de 70,2 ng/mL (valor de referência [VR]: 4,79–23,3 ng/mL), sem outras queixas associadas.

Relativamente aos antecedentes pessoais fisiológicos teve menarca aos 12 anos com catamênios regulares, estando medicada com contraceptivo oral (etinilestradiol e acetato de ciproterona) desde há seis meses para tratamento da acne. Antecedentes patológicos e familiares irrelevantes.

Ao exame objetivo apresentava um peso de 51,6 kg (percentil 25–50) e estatura de 156,5 cm (percentil 10–25), exame mamário normal, sem galactorreia. Sem alterações de relevo ao exame objetivo.

Tinha realizado anteriormente estudo analítico com hemograma e bioquímica no médico assistente que foi normal.

Dada indicação para suspender o contraceptivo oral (CO) e pedido estudo endócrino com função tiroideia e β -HCG que foram normais. Realizou ecografia mamária que não tinha alterações. Além disso, apesar de não ser indispensável nesta fase da investigação, optou-se por realizar ressonância magnética crânio-encefálica (RM-CE) atendendo ao valor da prolactinémia e à situação clínica, que se revelou normal.

Em reavaliação posterior, após 3 meses, com normalização da prolactina e resolução da galactorreia.

No contexto de catamênios abundantes, irregulares e dismenorrea foi introduzido outro CO (etinilestradiol + dienogest), tendo reaparecido a galactorreia coincidente com os catamênios, pelo que se suspendeu a terapêutica com desaparecimento da clínica.

Caso clínico 2

Adolescente de 16 anos, sexo feminino, enviada à consulta por galactorreia com quatro meses de evolução e hiperprolactinémia de 99 ng/mL, sem outras queixas associadas.

Relativamente aos antecedentes pessoais fisiológicos teve menarca aos 12 anos com catamênios regulares, e estava medicada com CO desde os 13 anos.

Seguida em consulta de pedopsiquiatria por perturbação da hiperatividade e défice de atenção tendo sido medicada em Outubro de 2010 com risperidona.

À data da primeira consulta já tinha realizado ecografia mamária, que foi normal, e tinha suspenso a risperidona por iniciativa própria há duas semanas atrás, com resolução da galactorreia. No controlo analítico realizado cinco dias após a suspensão da medicação apresentava prolactina de 25,9 ng/mL.

Ao exame objetivo apresentava um peso de 64,9 kg (percentil 75–90) e estatura de 168 cm (percentil 75–90), exame mamário normal, sem galactorreia. Sem alterações de relevo ao exame objetivo.

Programada nova consulta de pedopsiquiatria para orientação.

Caso clínico 3

Adolescente de 14 anos, sexo masculino, enviado à consulta por desaceleração da velocidade de crescimento e obesidade.

Relativamente aos antecedentes neonatais salienta-se que a gestação foi de termo, com somatometria adequada à idade gestacional.

Dos antecedentes patológicos destaca-se epifisiólise femoral proximal direita em 2008, e segundo o jovem foi a partir dessa data que aumentou progressivamente de peso. Antecedentes familiares irrelevantes. Estatura alvo familiar de 170 cm (percentil 10–25).

Ao exame objetivo apresentava um peso de 69 kg (percentil 90–95), estatura de 137 cm (inferior ao percentil 5) e IMC de 36,8 kg/m², adipomastia, pseudohipogonadismo, estadio pubertário de Tanner GIII PIII. Sem outras alterações ao exame objectivo.

Estudo analítico com hemograma normal e elevação das transaminases. O estudo endócrino revelou TSH 806,6 uUI/mL (VR: 0,27–4,2 uUI/mL), T4L 0,08 ng/dL (VR: 0,93–1,70 ng/dL), Anticorpo anti-tiroglobulina 67,8 UI/mL (VR: 0–40 UI/mL), prolactina 39,2 ng/mL, colesterol total 287 mg/dL, colesterol LDL 200 mg/dL e triglicéridos 337 mg/dL. Realizou radiografia do punho e mão esquerda com idade óssea compatível com 11 anos (3 anos inferior à idade cronológica).

Perante o diagnóstico de hipotireoidismo primário iniciou terapêutica de substituição com levotiroxina 0,1 mg/dia e realizou ecografia tiroideia que revelou padrão de tiroidite. Nos controlos

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3278292>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3278292>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)