

# Microprolactinoma Durante el Embarazo con Crecimiento y Apoplejía hipofisaria: Reporte de un Caso

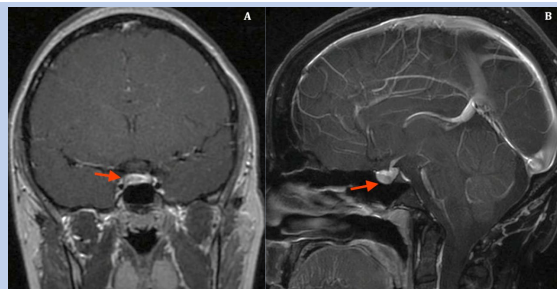
Autores: [Introini L](#), [Silva J](#), [Risso M](#), [Mendoza B](#), [Piñeyro M](#)  
Cátedra de Endocrinología y Metabolismo Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"

## Introducción

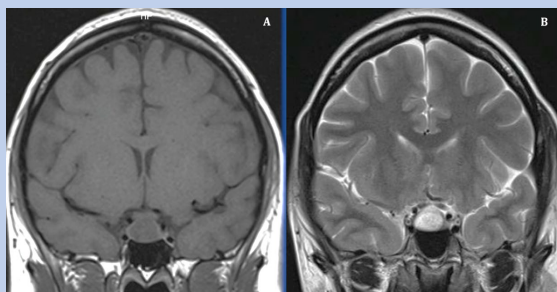
- Los prolactinomas son los tumores hipofisarios más frecuentes (40-50%).
- Mayor incidencia en mujeres de 25 a 35 años de edad, y la mayoría son microprolactinomas (mPRL) <10mm(1,2).
- Los mPRL tienen un riesgo muy bajo de crecimiento durante una el embarazo (2.4%).
- La apoplejía hipofisaria durante el mismo es extremadamente infrecuente (1/10.000 embarazos).
- Se presenta una paciente con mPRL que durante el embarazo tuvo un crecimiento significativo y un sangrado intratumoral.

## Caso Clínico

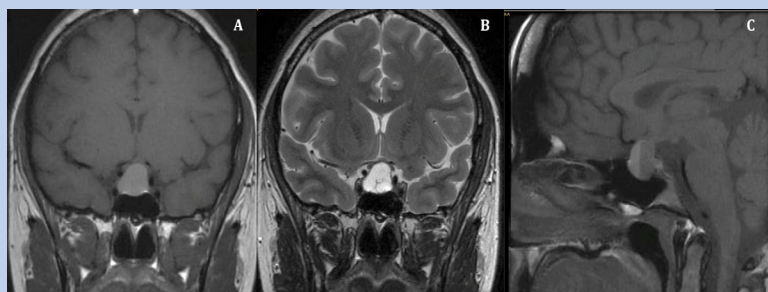
- Sexo femenino, 29 años dado amenorrea de 3 años de evolución, se diagnostica: hiperprolactinemia (157, 4ng/ml) y mPRL (Figura 1). Sin afectación de otros ejes hormonales.
- Se inicia tratamiento con agonistas dopaminérgicos (AD), cabergolina 1 mg/semana. La paciente se embaraza y se suspende la medicación. En el transcurso de la gestación presenta cefaleas persistentes y alteración de la agudeza visual con hemianopsia temporal izquierda. La RM de cráneo sin contraste a las 16 semanas de edad gestacional (EG) evidencia un aumento del tamaño tumoral (Figura 2).
- No presentó complicaciones agudas ni afectación de otros ejes hipofisarios. Se reinstala tratamiento con cabergolina, hasta 1 mg por semana. A a las 36 semanas continua sintomática, y se evidencia sangrando intratumoral (Figura 3).
- Cesárea programada a las 39 semanas, sin complicaciones. Dado la compresión del quiasma se decide continuar con AD y suspender la lactancia. En la evolución retoma ciclos menstruales, prolactina normal y disminución del tamaño tumoral (Figura 4).



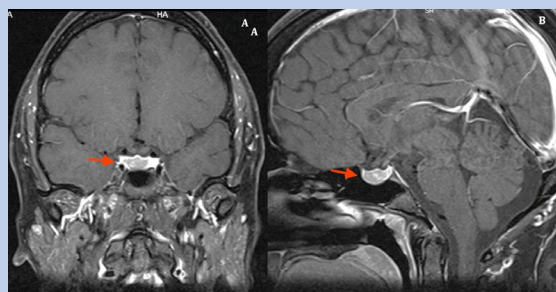
**Figura 1.** RNM, T1 con contraste. A: Corte coronal y B: Corte Sagital. Se observa microadenoma de 3x4.6x3.7 mm (flecha roja).



**Figura 2.** RNM, A: T1 sin contraste corte coronal y B: T2. Se observa aumento del tamaño tumoral, que mide 12 x 19 x 11 mm. con sangrado intratumoral y compresión de quiasma óptico.



**Figura 3.** RNM sin contraste. A: T1 corte coronal, B:T2 y C: T1 corte sagital. Se observa aumento del tamaño del prolactinoma, que mide 17x21x13mm, comprime el quiasma. Presenta nivel líquido y es hiperintenso en T1 compatible con sangrado.



**Figura 4.** RNM de control. T1 con contraste. A: corte coronal, B: corte sagital. Se observa una disminución del tamaño del prolactinoma, que mide 8x14x11 mm., no se extiende a la cisterna supraselar. Quiasma de aspecto normal.

## Discusión

- Durante el embarazo se produce un aumento del tamaño del prolactinoma y de la hipófisis dado que existe una hiperplasia de los lactotopos como consecuencia de los altos niveles de estrógenos.
- El seguimiento durante la gestación de un mPRL se sugiere suspensión de AD y control clínico de las pacientes con control de síntomas y campo visual por confrontación en cada trimestre. No se deben medir de los niveles de prolactina, ya que fisiológicamente se elevan a 10 veces(1).
- En pacientes con síntomas estructurales, como en este caso, se debe realizar una RNM sin contraste. De presentar crecimiento, esta indicado el uso de AD con lo que muchas veces se logra controlar el prolactinoma. Si no responde, se puede realizar una cirugía durante el segundo trimestre.
- La aparición de hemorragia intratumoral (apoplejía hipofisaria) puede tener consecuencias graves como deficiencias agudas de hormonas hipofisarias (ACTH). En este caso al estar clínicamente estable sin progresión se decidió un tratamiento conservativo con seguimiento.
- La lactancia no está recomendada en prolactinomas que comprimen el quiasma o si se decide el uso de AD (3,4). Por este motivo se contraindicó la lactancia en esta paciente. Se ha reportado remisión completa a los 12 y 60 meses después del parto en 66% de mPRL (5).

## Conclusión

Si bien el riesgo del aumento sintomático del tamaño tumoral durante una el embarazo en los mPRL es muy bajo es fundamental el seguimiento clínico para valorar esta posible complicación. Además, este caso ilustra una complicación poco frecuente como es la apoplejía del prolactinoma durante el embarazo.

### Bibliografía

- (1)Shlomo Melmed et al. Diagnosis and Treatment of Hyperprolactinemia: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline, *JCEM*, 96 (2), 2011, Pages 273–288.
- (2)Valassi, E. Patología hipofisaria y gestación. *Endocrinol Diabetes Nutr* 2021;68:184-195.
- (3)Synder PJ. Manejo del adenoma lactotropo durante el embarazo. En: UpToDate. (accedido 5 de noviembre de 2021)
- (4)Yalin GY, et al. Review of Clinical Recommendations on Prolactinoma and Pregnancy. *Turk J Endocrinol Metab* 2018; 22: 54–56
- (5) Naliato ECO, et al. Prolactinoma and Gestation: A Reality. *Crit Care Obst Gyne*. Vol.4 No.3:10. doi:10.21767/2471-9803.1000163