

PROLACTINOMA EN VARON TRANSGÉNERO. REPORTE DE CASO CLÍNICO

Finozzi Rosa, Varaldi Ana, Chamorro Karen

Introducción

- Los prolactinomas son los tumores hipofisarios más frecuentes y constituyen la principal causa de hiperprolactinemia patológica. La edad de presentación más frecuente es entre los 20-40 años, predominando en mujeres 10/1. Los microprolactinomas son más frecuentes en adultos mientras que los macroprolactinomas son más frecuente en adolescentes siendo la amenorrea secundaria el síntoma más común.
- La identidad de género autopercibida, debe ser reconocida y respetada como derecho humano.
- En Uruguay se encuentra en vigencia la Ley integral para Personas Trans (Ley 19684) en el año 2018 y su reglamentación (decreto n° 104/019) en 2019.

Caso clínico

16 años, varón trans que consulta para hormonización. En tratamiento por trastorno de ansiedad con benzodiazepinas y antidepresivos. Menarca 9 años, ciclos regulares, actualmente en amenorrea secundaria.

Niega elementos de hipertensión endocraneana, no trastornos visuales. Del examen físico. Talla 152cm. Peso 48kg. IMC 20.8 normopeso Galactorrea bilateral lechosa, genitales femeninos estadio Tanner 4.

De la paraclínica destacamos una hiperprolactinemia asociada a un hipogonadismo (tabla 1).

La resonancia magnética informa lesión expansiva hipofisaria de 13mm, en sector lateral derecho, ovoidea, bien delimitada, en contacto con tallo hipofisario al cual distorsiona. En sector lateral contacta con seno cavernoso. No contacta con quiasma. Campo visual computarizado normal (imagen 1).

Tabla 1. Paraclínica

ESTUDIO	PRE TRATAMIENTO	POST TRATAMIENTO (cabergolina 0.25mg/ semana)	VR
TSH	5.18	3.4	VN (0.27-4.2 uIU/ml)
T4L	1.03	1.02	VN (0.93-1.70 ug/dl)
PROLACTINA	280/209	8.6	VN (5.18-26.53 ng/ml)
FSH	6.75		VN (1.38-5.47mU/ml)
LH	2.41		VN (0.6-19U/L)
ESTRADIOL	11		VN (21-85 pg/ml)
CORTISOL		16	VN (4.8-19.5 ug/dl)
ACTH		30	VN (7-63.3 ug/dl)
IGF-1		169	VN (165-476 ng/dl)

Imagen 1. RMN craneal con enfoque selar



Discusión

Como causa de la amenorrea secundaria se destaca la presencia de hiperprolactinemia mayor de 200 ng/ml con imagen de tumor hipofisario mayor de 10 mm. Se realiza diagnóstico de macroprolactinoma, por lo que se inicia tratamiento médico con cabergolina a dosis de 0,25 mg semanal. Se obtuvo una buena respuesta al mismo, retomando ciclo menstrual al mes. La hormonización masculina, tiene como objetivo reducir las características sexuales del sexo biológico e inducir las del género deseado. Se busca la virilización con cese de las menstruaciones, profundización de la voz, patrón masculino de crecimiento del vello corporal y contorno físico. La amenorrea que se consigue es debido a la anovulación por la supresión hipofisaria producida por la testosterona. La misma se realizará una vez reducido el tamaño tumoral (microprolactinoma) con valores de prolactina normales, ya que a dosis supra fisiológicas podría tener un efecto en el crecimiento del tumor, por la aromatización de la testosterona a estradiol.

Conclusión

- En pacientes transgénero debemos descartar causas patológicas de aumento hormonal para inicio de tratamiento de afirmación de género. El objetivo del tratamiento es normalizar los niveles de prolactina, revertir clínica y disminuir el tamaño tumoral, si bien revertir la clínica en un paciente transgénero implica una alteración mayor ya que ciclaría en forma normal.
- Poca evidencia bibliográfica y experiencia en la hormonización de pacientes menores de 18 años con esta patología, nos invita a profundizar en su estudio para una mejor toma de decisiones, por lo cual es relevante tratar estos pacientes en equipo multidisciplinario.

BIBLIOGRAFIA

- M.E. Molitch, Prolactin in human reproduction, J.F. Strauss III, R. Barbieri (Eds.), Yen and Jaffe's reproductive endocrinology: physiology, pathophysiology, and clinical management (7th ed.), Elsevier Saunders, Philadelphia (2014), pp. 45-65
- Melmed, S., Casanueva, F., Hoffman, A., Kleinberg, D., Montori, V., Schlechte, J. and Wass, J., 2011. Diagnosis and Treatment of Hyperprolactinemia: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 96(2), pp.273-288.
- Shlomo Melmed, Felipe F. Casanueva, Andrew R. Hoffman, David L. Kleinberg, Victor M. Montori, Janet A. Schlechte, John A. H. Wass, Diagnosis and Treatment of Hyperprolactinemia: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline, The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Volume 96, Issue 2, 1 February 2011, Pages 273-288, <https://doi.org/10.1210/jc.2010-1692>
- VILAR, L., VILAR, C. F., LYRA, R. AND FREITAS, M. D. C. Pitfalls in the Diagnostic Evaluation of Hyperprolactinemia. Neuroendocrinology; 109(1):7-19. doi: 10.1159/000499694. Epub 2019 Mar 20. PMID: 30889571.