

Galactorrea euprolactinémica en una adolescente con depresión: Reporte de caso

Gibaja-Reyes, Diasania; Ramirez-Del Carpio, Gladys; Pacheco-Zuel, Edson; Caso-Rodríguez, Milward; Cruz-Sotomayor, Alexander

Galactorrea euprolactinémica en una adolescente con depresión: Reporte de caso

Revista de Neuro-Psiquiatría, vol. 84, núm. 3, 2021

Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372069140011>

DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v84i3.4038>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

Galactorrea euprolactinémica en una adolescente con depresión: Reporte de caso

Normoprolactinemic galactorrhea in a depressed adolescent: A case report

Diasania Gibaja-Reyes^{a *}
Hospital III Goyeneche, Perú
diasania@hotmail.com

DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v84i3.4038>
Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372069140011>

Gladys Ramirez-Del Carpio^b
Hospital III Goyeneche, Perú

Edson Pacheco-Zuel^{bb}
Hospital III Goyeneche, Perú

Milward Caso-Rodríguez^c
Hospital III Goyeneche, Perú

Alexander Cruz-Sotomayor^d
Universidad Católica de Santa María, Perú

Recepción: 19 Enero 2021
Aprobación: 04 Agosto 2021

RESUMEN:

La depresión infantojuvenil es una entidad clínica reconocida que produce alteraciones estructurales y funcionales a nivel neuroendocrino. Los factores de riesgo incluyen antecedentes de síntomas depresivos en los padres, desestructuración familiar, acontecimientos estresantes crónicos, abuso físico, emocional o sexual. Estas alteraciones se asocian a problemas de memoria, lenguaje, regulación emocional y hormonal. Durante la niñez los síntomas depresivos tienden a coexistir con síntomas somáticos debido a que, frecuentemente, los pacientes tienen dificultad para expresar sus emociones, por lo que estos síntomas son motivo de consulta médica. En el presente reporte, se presenta el caso de una adolescente con depresión asociada a galactorrea, pero con prolactina en rangos normales. La galactorrea podría presentarse con hiperprolactinemia, pero también puede ser euprolactinémica aun cuando asociada a eventos estresantes crónicos.

PALABRAS CLAVE: Trastorno depresivo, galactorrea, trastornos somatomorfos, adolescente.

NOTAS DE AUTOR

a Médico Residente 3º año, Psiquiatría

b Psiquiatra Infantojuvenil

bb Psiquiatra Infantojuvenil

c Médico Residente 3º año, Pediatría

d Docente

Correspondencia: Diasania Gibaja-Reyes. Av Lima 801. Código postal: 04001 Vallecito, Cercado, Arequipa, Perú. Teléfono: 51956260213
Correo electrónico: diasania@hotmail.com

DECLARACIÓN DE INTERESES

* No existen conflictos de interés.

ABSTRACT:

Childhood/adolescence depressive disorder is a well-known clinical diagnosis recognized to cause structural and functional neuroendocrine impairment. Some of the risk factors are depressive symptoms in parents, dysfunctional family, chronic stress, physical, sexual or psychological child abuse. These disorders are associated with memory, language, emotional and hormonal dysregulations. During childhood, depressive symptoms tend to coexist with somatic symptoms due to the patients' difficulties to express their emotions, reasons for which these symptoms could be reason for seeking medical attention. The case of an adolescent with depressive disorder associated to normoprolactinemic galactorrhea is presented. Galactorrhea could be associated with hyperprolactinemia, but it could also be linked to chronic stress events and normoprolactinemia.

KEYWORDS: Depressive disorder, galactorrhea, somatoform disorders, adolescent.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una adolescente de 13 años, estudiante de segundo de secundaria, que vive con su padre biológico, su hermano de 10 años y la pareja de su padre.

Nuestra paciente perdió a su madre a los 8 años en un accidente de tránsito (trabajaba como cobradora de combi) y desde entonces el padre se dedicó al abuso de bebidas alcohólicas y apuestas, mientras que la paciente asumía el cuidado de su hermano. Tres años después el padre convive con una nueva pareja a quien la paciente llama "mamá". La relación del padre con su pareja es conflictiva, con constantes peleas, por lo que ella culpa a la paciente de estos conflictos llegando a agredirla física y psicológicamente, lo que provoca que disminuya su rendimiento académico, presentando sentimientos de minusvalía, culpa, además insomnio e ideas pasivas de muerte. Así mismo, desde hace un año se agregaron síntomas somáticos como cefalea y dolor abdominal recurrente.

En el último episodio la paciente presentó cefalea frontal de tipo opresivo, dolor abdominal difuso con predominio en epigastrio, náuseas y vómitos alimentarios, motivo por el cual fue ingresada al servicio de pediatría. Tiene como antecedentes: menarquia a los 12 años, fecha de última regla tres semanas antes del ingreso y niega haber iniciado relaciones sexuales.

Examen físico

Al ingreso la paciente tenía funciones vitales normales. Estatura 1,60 m y peso 69,8 kg, mamas en Tanner 3, abdomen doloroso a la palpación profunda en epigastrio y punto renoureteral positivo bilateral, el resto del examen sin alteraciones. Fue ingresada con los diagnósticos: síndrome doloroso abdominal, sobrepeso, a descartar gastritis e infección urinaria.

Examen mental

Fue evaluada por el psiquiatra el noveno día de hospitalización y encontró a la paciente lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona con adecuado arreglo e higiene personal, colaboró con la entrevista, establecía contacto visual por momentos, ánimo triste, afecto congruente, lenguaje en tono agudo, lento y pausado,, pensamiento de curso rumiativo depresivo, con ambivalencia afectiva hacia su padre y su madrastra: "quiero a mi papá, pero le tengo cólera porque no se preocupa por mí," y "a ella la quiero porque nos cuida, pero cuando reniega tiras las cosas, grita y me pega con lo que tiene a la mano", ideación suicida no estructurada "quisiera desaparecer de este mundo, pero no he hecho nada porque mi hermano sufriría si no estoy", sensopercepción, memoria inmediata y remota, calculo, juicio y abstracción conservado. Se aplicó la escala de depresión de Zung obteniendo un puntaje de 52 que corresponde a depresión moderada, el cuestionario de Irritabilidad

Cólera y Agresividad, con un puntaje de 35 alto para irritabilidad, 18 promedio para cólera, 55 promedio para agresividad y el test de Raven en el percentil 25 que corresponde a un coeficiente intelectual normal-bajo.

Exámenes auxiliares y evolución

El segundo día de hospitalización se realizó una endoscopia alta que evidenció una gastropatía aguda, por lo que recibió tratamiento con omeprazol. El tercer día de hospitalización la paciente presentó secreción blanca, bilateral y espontánea por ambos pezones, que manchó la ropa y no se relacionaba con la estimulación manual, la cual no es reportada por “vergüenza” hasta la segunda semana de hospitalización.

Durante su estancia la paciente recibió psicoterapia de forma diaria, mejorando su estado de ánimo y la sintomatología depresiva. Se le realizaron varios análisis clínicos con resultado normal como el pool de prolactinas (10,7ng/ml), prueba sanguínea de embarazo, hormonas tiroideas, estradiol, FSH, LH, hormona de crecimiento, ACTH y cortisol. Se encontró ectasia ductal bilateral en la ecografía de mamas y la resonancia magnética nuclear de silla turca no tuvo alteraciones.

Durante la hospitalización refirió visión borrosa, cefalea y disminución de la agudeza auditiva, por lo que fue evaluada por oftalmología con diagnóstico de ambliopía, por neurología por cefalea tensional y también se le realizó una audiometría tonal donde se encontró hipoacusia conductiva por tapón de cerumen. La paciente fue dada de alta con cabergolina 0,25mg semanal y debido a la intervención estatal, la tenencia fue otorgada a la abuela paterna. En la evaluación de control, al mes del alta, la paciente refirió que la galactorrea había desaparecido una semana después de iniciado el tratamiento. Además, refirió sentirse de mejor ánimo por su nuevo entorno familiar.

DISCUSIÓN

Se entiende por galactorrea toda secreción láctea más o menos serosa que surge a través de los canalículos del pezón fuera de los períodos fisiológicos (embarazo, puerperio y postaborto). Es pluricanalicular, uni o bilateral, intermitente o continua y se clasifica en dos grupos. Galactorrea con hiperprolactinemia y . sin hiperprolactinemia El estudio de galactorrea debe incluir una adecuada anamnesis, exploración mamaria, estudio hormonal, análisis de la secreción, ecografía mamaria, resonancia magnética nuclear de silla turca (1). En nuestra paciente se encontró la prolactina dentro de valores normales (en dos mediciones), en la ecografía mamaria se encontró ectasia ductal bilateral y la resonancia magnética de hipófisis fue normal.

Se ha reconocido que hay factores estresantes ambientales (como el maltrato infantil y los conflictos interpersonales) que contribuyen al desarrollo de trastornos mentales como la depresión y ansiedad. Estos problemas pueden coexistir con trastornos de somatización como dolor abdominal, náuseas y cefalea, que afectan el funcionamiento en niños y adolescentes (2,3). El maltrato infantil supone un factor ambiental estresante y el estrés crónico puede generar alteraciones neurobiológicas a nivel de la corteza prefrontal, sistema límbico e hipocampo que se asocian a problemas de memoria, lenguaje, regulación emocional, cognición social, desarrollo intelectual y mayor comorbilidad psiquiátrica en la adultez (4). Es posible que en nuestra paciente el maltrato infantil y la depresión hubieran ocasionado alteraciones estructurales y hormonales que tengan relación con el episodio de galactorrea euprolactinémica (5).

El grupo de investigación de Sobrinho encontró que más de la mitad de mujeres adultas que presentaban hiperprolactinemias idiopáticas, prolactinomas, o galactorrea euprolactinémica y sin estar embarazadas, habían sido criadas con padres violentos, alcohólicos o ausentes, situación que llaman deprivación paterna, esta relación se vio en una población de estudio más grande cerca de 800 personas, y nuevamente encontró que era significativamente más frecuente la presencia de deprivación paterna comparados con los controles. La adversidad en los primeros años de la vida, o el estrés temprano generado por el fenómeno de deprivación

paterna modifica la “programación del desarrollo” que produce cambios en el cerebro que modulan la regulación del eje hipotálamo-pituitario-adrenal, estímulos cerebrales supra hipotalámicos activados por el ambiente y las emociones activan las neuronas de la hipófisis y células lactotropas.

Se postula la teoría comunitaria que sugiere que la exposición durante la infancia a un entorno caracterizado por un padre violento, ausente o alcohólico puede condicionar a galactorrea hiperprolactinémica o euprolactinémica. En un número bastante amplio de pacientes se ve con claridad que durante el estrés psicológico hay un aumento de la hormona adenocorticotrofina (ACTH), del cortisol y también de la prolactina, pero difieren en el momento del aumento; la prolactina empieza a subir y alcanza su pico máximo al final del período del estrés psicosocial. Con lo que podríamos considerar que nuestra paciente pudo presentar hiperprolactinemia si continuaba el estrés psicológico (6).

Además, según Sekowski et al-, el maltrato infantil tiene un efecto indirecto sobre la ideación suicida mediante la culpa, la vergüenza y los síntomas depresivos en niños (7). Langet et al., en su estudio de casos y controles de galactorrea no puerperal, encontraron que las mujeres galactorreicas tenían más síntomas depresivos y tuvieron más eventos estresantes en su vida antes del inicio de la galactorrea, ellos concluyeron que estos factores pueden ser concomitantes a la hiperprolactinemia, pero también pueden ser autónomos (8).

En nuestra paciente los principales síntomas y motivo de hospitalización fueron el dolor abdominal, episodios de cefalea y vómitos; su entorno familiar se caracterizó por problemas psicosociales, presento síntomas depresivos desde la muerte de su madre biológica y síntomas somáticos durante la convivencia con la madrastra. En su hospitalización recibió psicoterapia, el tratamiento psicofarmacológico se suspendió al segundo día de administrado por la presencia de galactorrea.

Casuanueva refiere que puede haber galactorrea sin hiperprolactinemia (como en el presente caso), también hiperprolactinemia sin galactorrea y que hasta 20 % de mujeres con prolactina normal pueden tener algún episodio aislado de galactorrea (9). El tratamiento de la hiperprolactinemia está indicado cuando causa hipogonadismo o galactorrea y en caso de hiperprolactinemia, la cabergolina es nuestra primera opción (10).

Algunos fármacos pueden ocasionar galactorrea como los antipsicóticos, antidepresivos y bloqueantes selectivos de dopamina y bloqueadores de H2, sin embargo, estos fármacos se asocian a hiperprolactinemia (11).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Protocolos SEGO. Galactorrea actualizado en 2003. Prog Obstet Ginecol. 2004;47:59-64.
2. Herskovic V, Matamala M. Somatización, ansiedad y depresión en niños y adolescentes. Revista Médica Clínica Las Condes. 2020; 31 (2) :183-187.
3. Clavero T, Fusté R, Gutierrez R. Un caso de galactorrea psicógena sin hiperprolactinemia o síndrome de Nunes. Medifam. 2001; 11(10): 61-63.
4. Amores-Villalba A, Mateos R. Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abuso en la infancia. Psicología Educativa. 2017; 23(2):81-88.
5. Sanchez P, Guerrero F. Actualización del trastorno psicosomático en la infancia y adolescencia. Pediatría Integral. 2017, 20 (1): 32 -37.
6. Bonet J. Cerebro. En: Bonet J. Emociones y estrés. Las respuestas de la psicoimmunoneuroendocrinología. Buenos Aires: DE BOOKS; 2020.
7. Espinoza F, Gómez D, Zepeda V, et al. Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. Salud pública Méx. 2010; 52(3): 213-219.
8. Langer M, Fiegl J, Riegel V, et al. Psychosomatic Aspects of Galactorrhea. Archives of Gynecology and Obstetrics. 1991; 248: 167-173.

9. Casanueva F, Molitch M, Schlechte J, et al. Pituitary Society Guidelines for the Diagnosis and Management of Prolactinoma. Clin Endocrinol (Oxf). 2006; 65(2): 265-73.
10. Serri O, Chik C, Ur E, Ezzat S. Diagnosis and management of hyperprolactinemia. CMAJ. 2003; 169(6): 575-581.
11. Guerrero J, Carton A. Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Madrid: Hospital Infantil La Paz. 2017. p. 924-925.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Declaración de financiamiento: El presente trabajo fue autofinanciado.

ENLACE ALTERNATIVO

<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/4038/4591> (pdf)