

**III JORNADAS DE  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**  
para atención primaria a través de  
casos clínicos

Lunes 24 de noviembre de 2014



Hospital Universitario Infanta Elena

Comunidad de Madrid



**SÍNDROME DE OVARIO  
POLIQUÍSTICO**

**HIPERPROLACTINEMIA**

# SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO

## CASO CLÍNICO

Mujer de 27 años con diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico en tratamiento con anticonceptivos orales (Ethinilestradiol 0,03/Dienogest 2mg) desde hace 2 años. Refiere buen control del acné y del vello. Anticonceptivo bien tolerado. Remitida para revisión.

### **Antecedentes familiares:**

- Sin interés

### **Antecedentes personales:**

- Síndrome de ovario poliquístico.

### **Antecedentes gineco-obstétricos:**

- G0

- TM 29/4

- Método anticonceptivo: Anticonceptivos orales y barrera

**Exploración:**

Hirsutismo leve en mentón y línea alba, resto normal (Ferriman<8)

No acné. No acantosis

IMC 28.

**Espéculo:**

Genitales externos y vagina normales. Flujo vaginal escaso. Cérvix de nulípara bien epitelizado.

**Eco tv:** útero regular en anteversión. Endometrio de 4 mm. Ambos ovarios de aspecto poliquístico

¿Cuál es el seguimiento que precisa esta paciente con SOPQ bien controlada con anticonceptivos a bajas dosis de estrógenos?

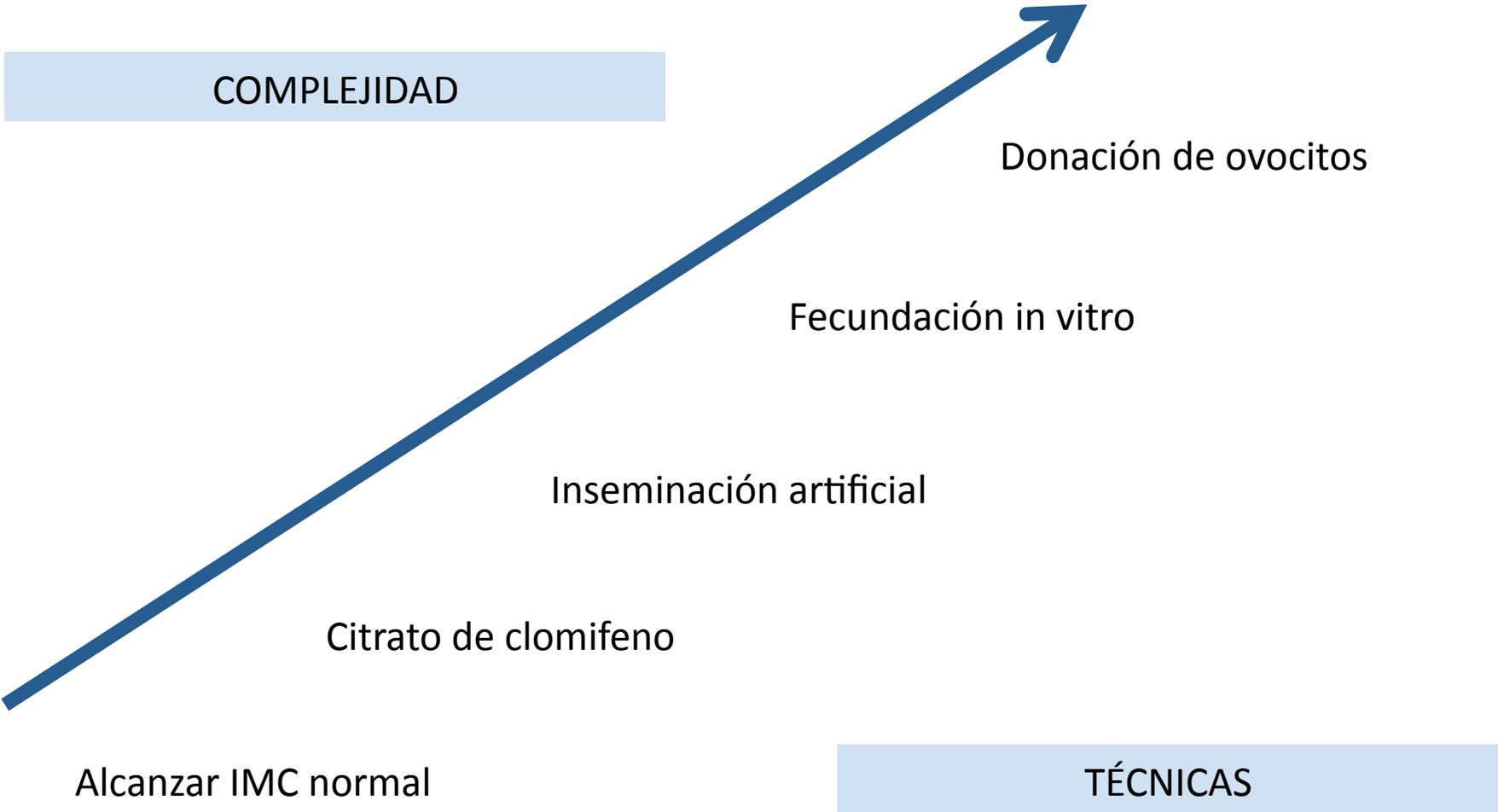
- A) Ninguno
- B) Analítica y control de TA periódico en su centro de salud
- C) Ecografía ginecológica anual
- D) Revisión ginecológica completa anual

Respuesta correcta B

Respecto a una futura gestación, ¿qué debería saber esta paciente?

- A) El SOPQ supone un estado de infertilidad absoluta
- B) Alcanzar un IMC normal aumenta la probabilidad de gestación espontánea
- C) Algunas pacientes necesitan ser sometidas a técnicas de reproducción asistida
- D) B y C son correctas

Respuesta correcta D



¿Cuál es el mayor riesgo que tiene una paciente con SOPQ cuando realiza una técnica de reproducción asistida?

- A) Gestación ectópica
- B) Síndrome de hiperestimulación ovárica
- C) Cancelación del ciclo por no respuesta
- D) No tiene más riesgos que otra paciente con infertilidad

Respuesta correcta B

¿Cuáles son los principales signos de alarma del síndrome de hiperestimulación ovárica?

- A) Molestias abdominales durante la estimulación ovárica
- B) Sangrado vaginal tras la transferencia de embriones
- C) Distensión abdominal, oliguria y disnea
- D) HTA y cefalea

Respuesta correcta C

El síndrome de hiperestimulación ovárica es una complicación asociada al 0,6-10% de las estimulaciones ováricas en FIV. Es grave en el 0,5-2% de las pacientes.

Se desarrolla tras la administración de la HCG para la maduración ovocitaria y empeora si finalmente se consigue la gestación.

Se caracteriza por la aparición de un aumento de la permeabilidad vascular y salida de agua y proteínas al “tercer espacio”, con depleción del volumen intravascular y por tanto:



**Hipotensión**  
**Oliguria**  
**Ascitis**  
**Aumento de la viscosidad sanguínea**  
**Hiponatremia e hiperkaliemia**

**Cuadro a sospechar en pacientes jóvenes, delgadas, con antecedentes de síndrome de ovario poliquístico y con dolor, distensión abdominal, oliguria y/o disnea que han sido sometidas a IA o FIV**

**HIPERPROLACTINEMIA**

## CASO CLÍNICO

Mujer de 26 años, natural de Marruecos, que consulta por baches amenorreicos de hasta 2 meses y galactorrea bilateral pluriorifical. Previamente reglas regulares.

### **Antecedentes familiares:**

- Padre fallecido de cáncer hepático a los 63 años
- Madre vive sana en Marruecos
- Dos hermanos varones sanos en Marruecos

### **Antecedentes personales:**

- Sin interés
- No toma de medicación concomitante
- No intervenciones quirúrgicas

### **Antecedentes gineco-obstétricos:**

- G0
- Busca gestación desde hace 6 meses

## Exploración física

IMC: 22

### **Espéculo:**

Genitales externos y vagina normales. Flujo vaginal escaso. Cérvix de nulípara bien epitelizado.

### **Exploración:**

Útero regular en posición indiferente, no doloroso a la movilización, no masas pélvicas.

### **Exploración mamaria:**

Mamas simétricas sin alteraciones cutáneas ni del complejo areola-pezón. Se comprueba galactorrea bilateral y pluriorificial a la exploración. No masas palpables. Axilas negativas.

## Pruebas complementarias

### **Ecografía tv:**

Útero regular en anteversión. Histerometría de 65mm. Endometrio regular de 2mm. Ovario derecho de 25mm. Ovario izquierdo de 28mm. Ambos ovarios de aspecto multifolicular.

### **Analítica hormonal:**

FSH 4

LH 2,5

Prolactina 135 µg/L

Perfil androgénico y tiroideo normales

Test de gestación: negativo

Se repite nueva determinación de prolactina basal y a los 20 minutos: 98µg/L y 146µg/L

Se recomienda medir la prolactina en cualquier momento del día, pero siempre tras al menos dos horas de sueño y de la ingesta, evitando el estrés general y de la venopunción.

Para confirmar: es necesario repetir la muestra a los 20 minutos con la misma vía.

### La hiperprolactinemia inhibe la síntesis de GnRH, provocando:

Infertilidad

Oligomenorrea

Galactorrea

Síntomas de tumor hipofisario: cefalea, alteraciones de la visión...

O cualquier combinación de ellas

### La sintomatología depende de la magnitud de la hiperprolactinemia:



En esta paciente nuligesta que presenta galactorrea e hiperprolactinemia basal y a los 20 minutos, ¿qué debemos descartar?

- A) Toma de fármacos susceptibles de aumentar la prolactina
- B) Disfunción tiroidea, hepática, renal y adrenal
- C) Presencia de macroprolactinemia
- D) Todas las anteriores

Respuesta correcta D

# CAUSAS DE HIPERPROLACTINEMIA

## Fisiológicas

- Gestación
- Coito
- Ejercicio
- Lactancia
- Sueño
- Estrés

## Farmacológicas

- Antipsicóticos
- Anestésicos
- Anticolvulsivantes
- Antidepresivos
- Antihistamínicos (H2)
- Antihipertensivos
- Estrógenos
- Opiáceos
- Colinérgicos
- Inhibidores síntesis DA

## Idiopática

## Macroprolactinemia

PRL ↑

## Patológicas

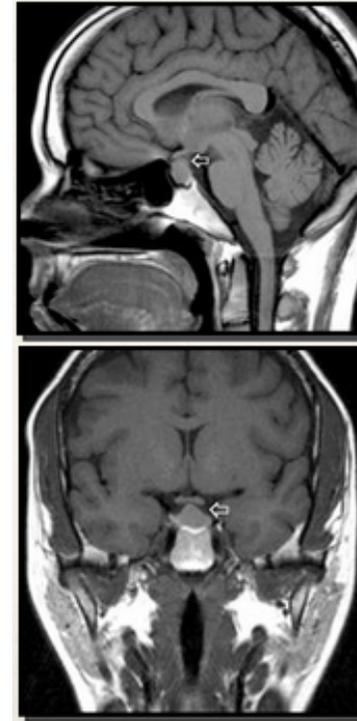
- **Pituitarias**
  - Prolactinoma
  - Otros tumores hipofisarios
  - Cirugía hipofisaria
  - Hipofisitis
- **Hipotálamo-tallo hipofisario**
  - Enfermedades granulomatosas
  - Enfermedades infiltrativas
  - Radioterapia
  - Tumores: craneofaringioma, germinoma, meningioma, metástasis
  - Quiste de Rathke
- **Sistémicas**
  - Torácicas: trauma, cirugía, herpes
  - Insuficiencia renal crónica
  - Cirrosis
  - Radioterapia craneal
  - Epilepsia
  - Síndrome del ovario poliquístico
- **Otras**
  - Hipotiroidismo

La macroprolactinemia son formas diméricas y poliméricas de la prolactina pero con menor bioactividad que se deben valorar en pacientes con hiperprolactinemias importantes con sintomatología leve.

**Recordar la importancia de una buena anamnesis**

Y además...

Se recomienda **solicitar RMN hipofisaria** en **pacientes con hiperprolactinemias importantes** aunque haya uso de fármacos asociados (sobre todo si no se pueden retirar) y en pacientes en los que se han descartado causas fisiológicas y farmacológicas.



Tras confirmar la presencia de un microadenoma hipofisario secretor de prolactina mediante RMN de hipófisis la paciente refiere que desea gestación, ¿qué fármaco sería el de elección?

- A) Bromocriptina
- B) Cabergolina
- C) Quinagolide
- D) Si desea gestación no debe tomar ningún fármaco por el potencial riesgo teratogénico

Respuesta correcta A

Tanto la cabergolina como la bromocriptina son fármacos adecuados para el tratamiento de la hiperprolactinemia.

Aunque la cabergolina es más eficaz, la bromocriptina es el fármaco de elección para las pacientes que desean gestación porque tiene menor riesgo teratogénico asociado.

¡MUCHAS GRACIAS!



Teléfonos de contacto: 91 894 8410 Extensión 2472, 2473,  
2229

Email: [ginecología.hie@idcsalud.es](mailto:ginecología.hie@idcsalud.es)