



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO PROMOCIÓN AGOSTO-SEPTIEMBRE 2014:

**“ADENOMA HIPOFISARIO”.**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

**Autora:** López Tobar, Verónica Elizabeth

**Tutor:** Dr. Guarnizo Briceño, José Abdón

**Ambato – Ecuador**

**Marzo, 2015**

## APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del trabajo de investigación sobre el tema:

**“ADENOMA HIPOFISARIO”** de Verónica Elizabeth López Tobar estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Marzo del 2015.

EL TUTOR

---

Dr. Guarnizo Briceño, José Abdón

## AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación “**ADENOMA HIPOFISARIO**”, como también los contenidos, ideas, análisis y conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Marzo del 2015.

LA AUTORA

---

López Tobar, Verónica Elizabeth

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este caso clínico o parte del mismo un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi caso clínico con fines de difusión pública; además apruebo su reproducción, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Marzo del 2015.

LA AUTORA

---

López Tobar, Verónica Elizabeth

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el trabajo de investigación, sobre el tema **“ADENOMA HIPOFISARIO”** de Verónica Elizabeth López Tobar, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Marzo del 2015.

Para constancia firman

.....

PRESIDENTE/A

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo de graduación a Dios y a mi familia. En primer lugar a Dios por iluminar y bendecir cada paso de mi vida. A mis padres, por su amor y apoyo incondicional durante todas las etapas de mi vida, guiando e inculcándome valores, siendo además el pilar fundamental de mi formación como persona y como profesional. A mi esposo por su amor y confianza, y a mi hija que es la luz que guía mi vida y quien me inspira para seguir adelante.

Verónica López Tobar

## **AGRADECIMIENTO**

El presente Caso Clínico es un trabajo investigativo en donde participaron múltiples personas a quienes quiero llegar mi gratitud, por sus conocimientos, experiencias, opiniones y sugerencias en el transcurso del desarrollo del presente trabajo investigativo.

En especial a mi tutor, Dr. José Guarnizo por permitirme recurrir a sus conocimientos científicos y experiencia profesional, en un marco de confianza y afecto.

Verónica López Tobar.

## ÍNDICE

<b>APROBACIÓN DEL TUTOR .....</b>	<b>ii</b>
<b>AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO .....</b>	<b>iii</b>
<b>DERECHOS DE AUTOR .....</b>	<b>iv</b>
<b>APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....</b>	<b>v</b>
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>vi</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>vii</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>ix</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>xi</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>3</b>
<b>DESARROLLO.....</b>	<b>3</b>
1.1 <b>PRESENTACIÓN DEL CASO.....</b>	<b>3</b>
1.2 <b>DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN.....</b>	<b>11</b>
1.3 <b>ANÁLISIS DE CASO .....</b>	<b>12</b>
1.4 <b>IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS.....</b>	<b>19</b>
1.5 <b>CARACTERIZACIÓN DE LAS OPCIONES DE MEJORA.....</b>	<b>20</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>21</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>22</b>
<b>LINKOGRAFÍA.....</b>	<b>22</b>
<b>CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASES DE DATOS UTA .....</b>	<b>23</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>24</b>

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA

**“ADENOMA HIPOFISARIO”.**

- **Autora:** López Tobar, Verónica Elizabeth
- **Tutor:** Dr. Guarnizo Briceño, José Abdón
- **Fecha:** Marzo 2015

**RESUMEN**

A continuación se presenta un caso clínico de una mujer de 44 años de edad, que presenta cefalea crónica y galactorrea, que tras tres años de pasar por varios niveles de atención de Salud es referida al servicio de consulta externa de Endocrinología del Hospital Provincial Docente Ambato para consulta con especialidad, con diagnóstico de Adenoma Hipofisario.

El presente trabajo de investigación busca identificar paso a paso la evolución de la paciente desde su primer contacto con el servicio de Salud, realizando un seguimiento hasta la actualidad, para así poder evaluar lo que conllevó a que hoy en día la sintomatología que presentaba hace tiempo atrás se intensifique, identificando los factores de riesgo y la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz.

Además permitiendo indicar la idoneidad de la atención de Salud identificando los puntos críticos a través de los niveles de atención primaria y segundo nivel por los que la paciente asistió, por medio de la revisión de historia clínica, y entrevistas tanto a la paciente, familiares y

personal de salud. Para así poder proponer opciones de mejora para lograr un diagnóstico y tratamiento eficaz.

**PALABRAS CLAVES:** CEFALEA, GALACTORREA,  
ADENOMA\_HIPOFISARIO, TRATAMIENTO, SALUD.

TECNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

**"PITUITARY ADENOMA"**

- **Author:** López Tobar, Verónica Elizabeth
- **Tutor:** Dr. Guarnizo Briceño, José Abdón
- **Date:** Marzo 2015

**SUMMARY**

A clinical case of a 44 year old having chronic headache and galactorrhea, that after three years to go through several levels of health care is referred to the outpatient department of Endocrinology, Provincial Teaching Hospital presents Ambato for specialty consultation, diagnosed with Pituitary Adenoma.

This research seeks to identify step by step evolution of the patient from their first contact with the health service, tracking until now, in order to assess what led to that today the symptoms that long is stepped back, identifying risk factors and the importance of early diagnosis and treatment.

Besides allowing indicate the appropriateness of care Health identifying critical points through the levels of primary and second level by the patient attended, through review of medical records, and interviews both the patient and family health personnel. In order to propose options for improvement to reach a diagnosis and effective treatment.

**KEYWORDS:** HEADACHE, GALACTORRHEA, PITUITARY\_ADENOMA, TREATMENT, HEALTH



## INTRODUCCIÓN

Los adenomas hipofisarios suponen el 10-15% de las neoplasias intracraneales primarias, De todos los adenomas, solamente de 6 a 8% agrandan la silla turca y 2-8 en 100,000 individuos por año buscan atención médica por sintomatología hormonal o de compresión. (NUÑEZ L.2006)

El prolactinoma es el adenoma hipofisario secretor o funcionante más frecuente, es de naturaleza benigna y de pequeño tamaño en el 90 % de los casos, con una prevalencia de 100 por cada millón de habitantes. El cuadro clínico típico en la mujer son: alteraciones o ausencia menstrual, galactorrea y esterilidad, se acompaña de síntomas neurológicos sólo cuando se extiende por arriba de la silla turca. Los niveles de prolactina mayor a 100 ng/mL son diagnósticos de prolactinoma, siempre y cuando no existan embarazo, hipotiroidismo, lactancia, coito, el ejercicio físico y estrés. (ZARATE A. 2004)

Su tratamiento puede ser médico, quirúrgico o con radioterapia, siendo el tratamiento médico con agonistas dopaminérgicos la primera alternativa terapéutica. Se clasifican según su tamaño en microprolactinomas (menores de 1 cm, intraselares) y macroprolactinomas (iguales o mayores de 1 cm). Estos últimos, según su comportamiento, pueden clasificarse en no invasores si permanecen dentro de la silla turca. (SANTA M. LLANES V. 2013)

A nivel del Ecuador no existen datos estadísticos del Adenoma Hipofisario y ningún protocolo o guía clínica de diagnóstico y tratamiento establecido por el Ministerio de Salud Pdel Ecuador para su aplicación; razón que me motivó para realizar esta investigación y proponer la estandarización de una guía clínica en base a evidencia que practican otros países, en los cuales si hay protocolos establecidos.

Considero de importancia la realización de este trabajo debido a que la cefalea es un síntoma común que presentan los pacientes a nivel de atención primaria y suele tratarse como cefalea tensional o migrañosa y cefalea que se presenta en estados hipertensivos, e incluso serán diagnosticadas de estrés, sin haber

sospechado y menos investigado un origen endocrinológico y de haberlo hecho pocas veces habrá sido estudiada la glándula hipófisis en busca de un probable adenoma; cambiar esta realidad es lo que pretende este trabajo investigativo y así lograr un diagnóstico precoz y correcto tratamiento de un Adenoma hipofisario, así disminuyendo el gasto económico al estado por varias consultas por el mismo síntoma que no logra su remisión sino al contrario sigue intensificándose y sumándose más síntomas acompañantes, así como el impacto que sufren los pacientes en su entorno social al no poder desenvolverse adecuadamente por la sintomatología que presentan. De ahí la gran importancia de referir a este tipo de pacientes a segundo nivel para el correcto tratamiento por el Especialista, para evitar complicaciones.

## **OBJETIVOS**

- Identificar los factores de riesgo y la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz del Adenoma Hipofisario.
- Indagar los puntos críticos a través de los niveles de atención de Salud por los que la paciente asistió.
- Indagar la existencia de protocolos de Salud a nivel nacional e internacional y su aplicación.
- Indicar si existe la idoneidad de la atención de Salud por los que la paciente fue atendida.
- Caracterizar las opciones de mejora para el correcto diagnóstico y tratamiento del Adenoma Hipofisario.

## **DESARROLLO**

### **1.1 PRESENTACIÓN DEL CASO**

El presente caso se refiere a una paciente femenina de 44 años de edad, nacida y residente en Latacunga, Barrio San Rafael, de la Parroquia Eloy Alfaro sector de la Planta eléctrica, casada, instrucción superior, ocupación quehaceres domésticos, religión católica, grupo sanguíneo O, factor RH positivo.

Paciente refiere que hace 3 años aproximadamente presenta galactorrea en su pezón derecho; de color claro transparente, en poca cantidad, sin mal olor, e irregularidad de ciclo menstrual, sangrando cada treinta o treinta y cinco días, en poca cantidad, color rojo oscuro, sin coágulos, sin presencia de dismenorrea, pero por desconocimiento de las posibles causas y complicaciones, no toma la importancia adecuada y no asiste a ningún nivel de atención de Salud.

En diciembre del mismo año paciente presenta cefalea ocasional que cede espontáneamente.

Hace aproximadamente 2 años paciente acude a centro de Salud, recientemente inaugurado, en el sector de Loma Grande, Parroquia Eloy Alfaro en Latacunga por presentar cefalea de tipo opresivo localizada a nivel frontal e irradiada hacia región occipital de moderada intensidad 8/10, que se presenta de 2-3 veces por semana, como único síntoma acompañante la galactorrea de pezón derecho, color claro transparente, no mal olor, donde diagnostican de cefalea tensional y recetan analgésico vía oral: Ibuprofeno 400mg cada 8 horas por 3 días, y cada que presente dolor de cabeza, la sintomatología persiste por lo que la paciente obtiene un turno en Hospital de IESS Latacunga, en donde realizan exámenes de laboratorio y Resonancia Magnética donde se evidencia microadenoma hipofisario de 4mm de diámetro y refieren al Hospital Andrade Marín en Quito, provincia de Pichincha por falta de Especialidad en Endocrinología, El especialista evalúa y diagnostica a la paciente de Adenoma hipofisario (Prolactinoma) y comienza el tratamiento con Cabergolina 0,5mg una vez a la semana por 6 meses. A los 5 meses paciente deja de aportar al seguro por lo que no acude a control y deja de tomar la medicación, refiriendo que su ciclo menstrual se regularizó, presentándose cada 28 días, la cefalea disminuyó de frecuencia y de intensidad y la galactorrea disminuyeron de frecuencia. y cantidad

En diciembre del 2014, la cefalea se intensifica siendo de tipo opresivo, localizado a nivel frontal e irradiado hacia región occipital que se presenta 1 a 2 veces por día, acompañada de mareo, que ya no cede con analgésicos,

amenorrea de 11 meses y galactorrea incrementada de cantidad, frecuencia, sin mal olor, color claro transparente, por lo que acude nuevamente a centro de Salud quienes con diagnóstico ya establecido de Adenoma hipofisario (Prolactinoma) refieren a Hospital General de Latacunga, obteniendo un turno para Neurocirugía , donde es evaluada por Neurocirugía quien decide realizar una resonancia magnética con resultado de presencia de microadenoma hipofisario de 8mmx3mm: y niveles de prolactina fueron de 170 ng/ml por lo que decide referir a Hospital Provincial Docente Ambato al servicio de consulta externa de Endocrinología el 18 de Enero de 2015.

La paciente acude al servicio de Consulta externa del Hospital Provincial Docente Ambato obteniendo el turno un mes después.

Con motivo de consulta: cefalea, galactorrea y amenorrea. Con antecedentes personales patológicos de microadenoma hipofisario (Prolactinoma ) tratado hace 2 años con Cabergolina 1 tableta 1 vez por semana por 6 meses. Como antecedentes Gineco-obstétricos refiere:

Menarquia: A los 15 años ciclos menstruales regulares de 5 días de duración hasta los 41 años. Telarquia: A los 14 años. Inicio de la vida sexual activa: A los 18 años . Enfermedades de transmisión sexual: No refiere . Planificación Familiar: método del ritmo y ligadura de trompas . Gestas : 3 Partos: 1 Cesáreas: 2 Abortos : 0 Hijos Vivos : 3 . Fecha de última menstruación: hace 1 año.

En sus hábitos no fuma, toma alcohol ni consume drogas, dentro de los medicamentos que se automedica está Ibuprofeno de 400mg cada que presenta cefalea intensa.

Como antecedentes patológicos familiares: Madre diabética

Paciente refiere cefalea localizada a nivel frontal e irradiada a región occipital, de tipo opresivo que se presenta con predominancia en la noche 1 a 2 veces diarias de gran intensidad 7/10, de inicio brusco a veces acompañada de mareo. Para el cuadro clínico paciente se automedica ibuprofeno de 400mg 2 tabletas con lo que cede. Al momento paciente en iguales condiciones.

Paciente refiere además presentar amenorrea hace 1 año y galactorrea de pezón derecho en poca cantidad, no mal olor, pero que ha incrementado en este último año.

### Al Examen Físico

Signos Vitales	
Tensión arterial	100/70 mm Hg
Frecuencia cardíaca	80 por minuto
Frecuencia respiratoria	18 por minuto
Temperatura	36.5°C

### **Antropometría:**

<b>Peso</b>	<b>81kg</b>
<b>Talla</b>	<b>1,56m</b>
<b>Índice de masa corporal</b>	<b>33</b>

Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada.

Cabeza normo cefálica, cabello de implantación normal. Ojos: conjuntivas rosadas. Cardiopulmonar: normal. Mamas: simétricas, no se evidencia masas, mama derecha secretante en poca cantidad, Abdomen: suave, depresible no doloroso a la palpación, se evidencia presencia de cicatriz postquirúrgica de cesárea anterior. Puntos ureterales negativos. Región inguino-genital: no sangrado no salida de líquido. No se realiza tacto vaginal ni exámen especular. Extremidades simétricas no edema. ROTS 2 /5.

### **Exámenes complementarios**

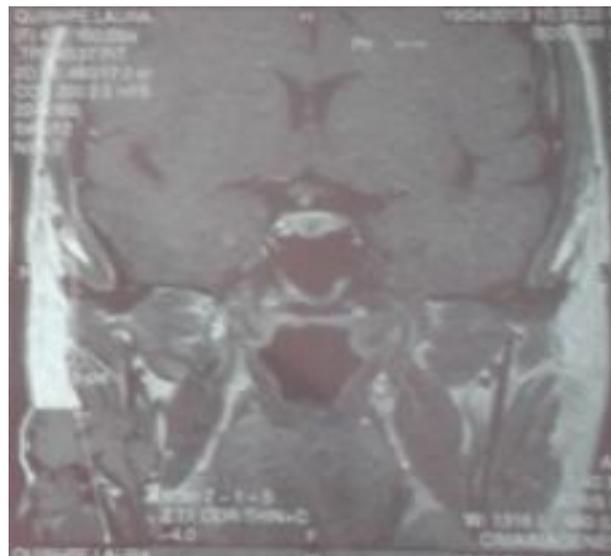
Paciente acude con única prueba de laboratorio:

**Prolactina sérica**

**170 ng/ml**

## Resonancia Magnética S/C 19/04/2013

**Figura 1.** Resonancia magnética simple. Corte coronal donde se evidencia un microadenoma hipofisario izquierdo de 4mm de diámetro.

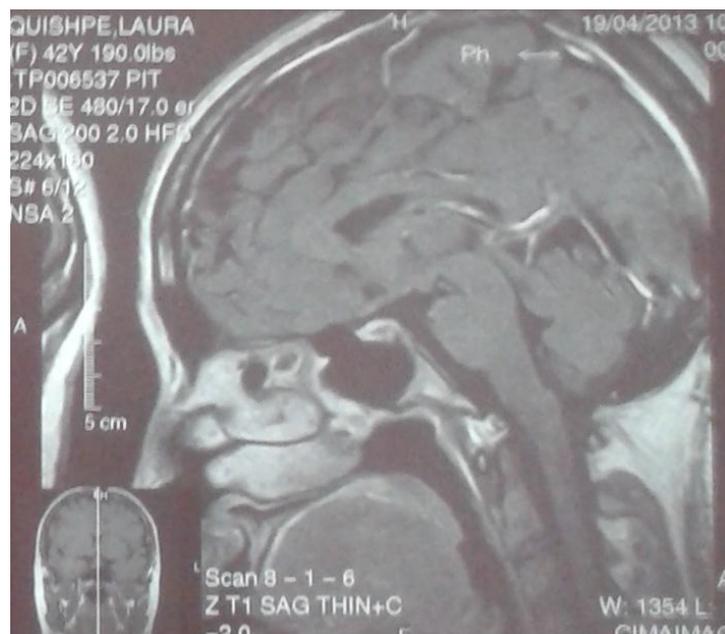


**Figura 2--3.** Resonancia magnética contrastada con gadolinio. Corte coronal donde se evidencia un microadenoma hipofisario izquierdo de 4mm de diámetro.





**Figura 4.** Resonancia magnética simple. Corte sagital donde se evidencia un microadenoma hipofisario izquierdo con región hipodensa

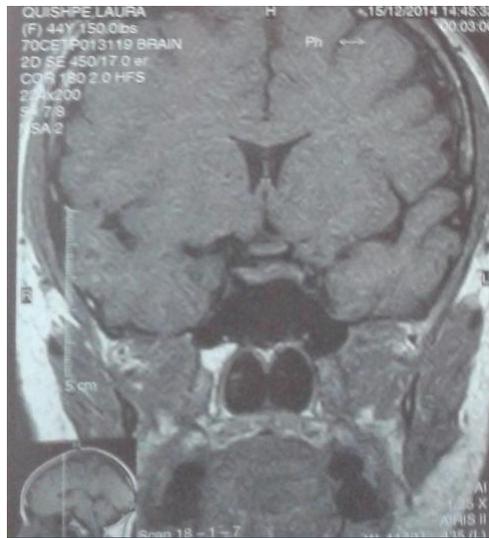


El informe reporta que se realizaron cortes sagitales, axiales y coronales en secuencias de T1 y T2 de cráneo y cortes finos de 2mm de T1 pre y post-gadolinio en silla turca, observándose: silla turca en situación normal. Dentro del tejido hipofisario del lóbulo izquierdo de la adenohipófisis se observa pequeño nódulo de 4mm de diámetro hipointenso en T1 y que

luego de la inyección del medio de contraste IV paramagnético, no existe captación de medio de contraste en nódulo, el resto de tejido hipofisario emite señal normal, presenta borde posterior convexo. Concluyendo un microadenoma hipofisario izquierdo de 4mm de diámetro.

### Resonancia Magnética simple 15/12/2014

**Figura 5.** Resonancia magnética. Corte coronal donde se evidencia un microadenoma hipofisario izquierdo de 8mm x 3mm.



**Figura 6.** Resonancia magnética simple. Corte sagital donde se evidencia un microadenoma hipofisario izquierdo.



El informe reporta que se realizaron cortes finos a nivel de silla turca evidenciándose presencia de imagen hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 a nivel de lóbulo izquierdo de adenohipófisis que mide *8mm x 3mm en relación probablemente con microadenoma.*

Paciente es diagnosticada de Hiperprolactinemia, por lo que se decide realizar un pedido de Resonancia Magnética Nuclear simple y contrastada de hipófisis y silla turca y realizar exámenes de TSH-T4L, Prolactina, para confirmar el diagnóstico y establecer el tratamiento.

## **1.2 DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN**

Por medio de la revisión del documento de referencia del Hospital General de Latacunga, historia clínica de la paciente realizada por especialista en Hospital Provincial Docente Ambato y una encuesta que se le realiza a la paciente.

Se le realiza seguimiento de paciente pero no acude a consulta externa con los resultados por la dificultad en los trámites de obtención de un turno para realizarse la Resonancia Magnética con ayuda de Trabajo Social del Hospital, y por falta de recursos económicos decide no realizarse el examen y no acude a control, por medio de una encuesta hacia la paciente en donde se quiso evaluar los puntos críticos que presentó durante el contacto con el servicio de Salud para así poder establecer las opciones de mejora.

Como resultado de la encuesta se obtuvo que la paciente califica al servicio de Salud en nuestro país de 7/10 en cuanto a calidad de atención, debido a la cantidad de trámites que aún existen en el sector salud, debido a distintas causas como lo es la no disponibilidad de equipos de tecnología necesarios para el diagnóstico de su enfermedad, así como la problemática y demora en la obtención de turnos en las distintas instituciones. Así como varios puntos críticos en el sector salud que se describen más adelante

### 1.3 ANÁLISIS DE CASO

La cefalea es un síntoma que suele ser de origen primario o secundario, para lo cual se debe esclarecer su origen. Entre las cefalea de origen primario se encuentra la migraña que suele estar acompañada de síntomas visuales (aura), fotofobia, náuseas, vómito y el dolor es pulsátil, unilateral, de duración de 4-72 ,horas y que incrementa con las actividades físicas. La cefalea tensional que es una cefalea opresiva, bilateral de intensidad moderada de duración entre 30 minutos y 7 días, sin náuseas ni vómitos. Entre las cefaleas secundarias se encuentra la cefalea postraumática que es secundaria a un traumatismo cefálico pero que se presenta 14 días luego del trauma, el dolor retroocular irradiado al cuello se presenta en pacientes con dissección carotídea o displasia fibromuscular.

La cefalea en el adenoma hipofisario es de intensidad variable es un síntoma que también suele presentarse y no necesariamente se relaciona con el tamaño del adenoma, su presentación es retroorbitaria, de tipo opresivo, en el caso de ser muy intensa se suele relacionar con hemorragia aguda o infarto del tumor. (ROJAS D. et al. 2008)

En el caso de la paciente la presentación de su cefalea es a nivel frontal, de tipo opresiva y por los síntomas de oligomenorrea y posterior amenorrea que presentó nos hace pensar en un origen central.

Además que presentó galactorrea que es la secreción láctea de la mama fuera del embarazo y la lactancia. Por lo general es bilateral, puede ser espontánea o inducida, y proviene de múltiples conductos. La causa es el aumento de la prolactina cuyos valores normales son hasta 25 ng/ml. El diagnóstico de hiperprolactinemia se realiza cuando los valores se encuentran elevados en dos oportunidades.

La hiperprolactinemia puede ocurrir en diversas situaciones: hipotiroidismo; asociada a fármacos como fenotiazidas, antidepresivos tricíclicos, opiáceos, metildopa, ACO y otros; síndromes anovulatorios; durante el sueño, stress y luego de un infarto.

Cuando los valores de prolactina superan a 100 ng/ml, siempre debe descartarse patología de la hipófisis, es decir los prolactinomas, que pueden presentarse como micro (tumores menores de 10 mm) o macroadenomas (tumores mayores de 10mm); esto se hace con un estudio de imágenes, como la resonancia magnética nuclear con gadolínico o una TAC con contraste yodado. Los prolactinomas son los tumores más frecuentes de la glándula pituitaria

Cuando el valor de PRL es menor de 100 ng/ml, generalmente la hiperprolactinemia es de causa idiopática o farmacológica; si está entre 100 y 150 ng/ml, puede ser por causa farmacológica o por enfermedad hipotalámica como isquemia, o enfermedad infiltrante o stress; si es mayor de 150 ng/ml, la causa más probable es el adenoma hipofisario, como en el caso de la paciente que presenta una prolactina de 150 ng/ml, sin embargo hace falta los valores de TSH, T4 para descartar mayor afectación de la adenohipófisis .

Realizando un diagnóstico diferencial se concluye que la causa de la galactorrea en la paciente es un adenoma hipofisario en este caso un prolactinoma.

Los prolactinomas tienen un predominio femenino de 4-5: 1, y se ven generalmente en adultos jóvenes de entre 20 y 50 años de edad. La enfermedad es rara en los niños. Hay pocos factores de riesgo conocidos de los tumores hipofisarios. El único factor de riesgo confirmado es el síndrome de neoplasias endocrinas múltiples de tipo 1 (MEN1), una enfermedad hereditaria que aumenta las posibilidades de padecer determinados tumores hipofisarios aproximadamente en un 60%. El prolactinoma es el tipo de adenoma más frecuentemente observado en la neoplasia maligna múltiple tipo I (MEN-I). En un 15-20% el tumor hipofisario puede ser la primera manifestación de la enfermedad. (LAWS.E.R.2012)

En el caso de la paciente presenta dos de los factores de riesgo biológicos como son el sexo femenino y la edad puesto que tiene 44 años, sin embargo dentro de los factores de riesgo psicosociales de la paciente se encuentra el desconocimiento que tuvo desde el inicio de la sintomatología como es la galactorrea del pezón derecho y la amenorrea hace 3 años siendo signos de

alarma que presentó y que requirieron de atención médica para lograr un diagnóstico precoz y manejo adecuado de su Prolactinoma. Así como su estilo de vida que impidieron que se tomara el tiempo adecuado para asistir al médico puesto que trabajaba y los fines de semana viajaba.

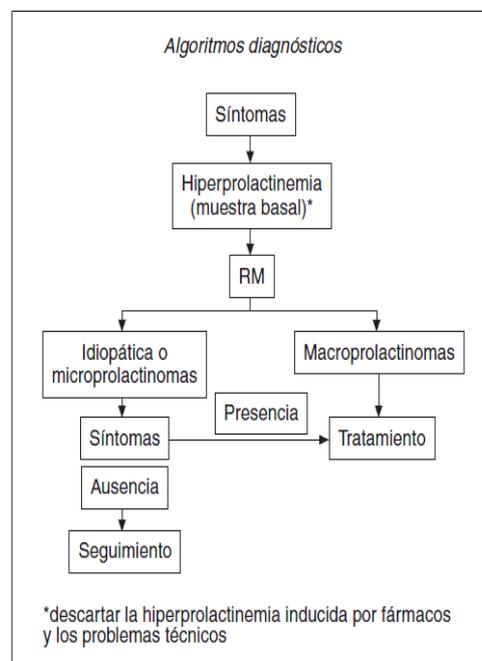
Los aspectos clínicos de un prolactinoma provienen de la hiperprolactinemia que se produce en donde la prolactina estimula la producción láctea dándose así la galactorrea, pero también tiene efectos secundarios en la función gonadal puesto que la hiperprolactinemia interrumpe la secreción pulsátil de la hormona liberadora de gonadotropinas, inhibiendo la liberación de lutropina y folitropina y altera directamente la esteroidogénesis gonadal conduciendo a la amenorrea como en el caso de la paciente.

La mayor parte de los prolactinomas en las mujeres corresponde a microadenomas. Cerca del 90% de las mujeres premenopáusicas presenta oligo/amenorrea, y hasta el 80% muestra también galactorrea y también puede manifestar una esterilidad con anovulación. En el caso de los varones suele presentarse en su mayoría macroprolactinomas es decir >10mm de diámetro y causa impotencia, esterilidad y disminución de la libido y síntomas neurológicos: (CASANUEVA F.ET AL. 2006)

La paciente ya presentó todos los síntomas característicos de esta enfermedad desde el comienzo pero al momento no existía un subcentro de salud cercano y debía obtener un turno en el centro de salud del centro de la ciudad de Latacunga; de lo cual no disponía de tiempo por su trabajo, e igualmente hace 2 años cuando los síntomas persisten acude a centro de Salud recién inaugurado de su localidad en donde no se realiza una historia clínica adecuada con la anamnesis minuciosa debido a que es diagnosticada con cefalea tensional y recetan ibuprofeno 400mg cada 8 horas y cuando presente cefalea, no indagando correctamente otros síntomas como la galactorrea que presentaba, así como la paciente no consideraba este síntoma de importancia hasta el momento, además de la oligomenorrea que refirieron eran propios de la pre-menopausia. En este mismo año la paciente logra obtener un turno en el

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Latacunga luego de presentar dificultades para obtener el mismo para consulta en esta institución debido a su reciente aporte y poca disponibilidad del Call-center de la institución para el servicio de consulta externa de Medicina Interna obteniendo el turno 7 meses después de la solicitud. en donde realizan Resonancia Magnética por convenio sin ningún inconveniente en la institución AMBA-imágenes donde se evidencia microadenoma hipofisario de 4mm de diámetro y refieren al Hospital Andrade Marín en Quito, provincia de Pichincha por falta de Especialidad en Endocrinología, El especialista evalúa y diagnostica a la paciente de Prolactinoma y comienza el tratamiento con Cabergolina 0,5mg una vez a la semana por 6 meses; aplicando correctamente los protocolos internacionales para el Prolactinoma, y con una buena calidad de atención, reaccionando favorablemente al tratamiento regularizándose la menstruación, la cefalea y la galactorrea disminuyeron de intensidad y frecuencia, por lo que se descuida de su enfermedad además deja de aportar al seguro por lo que no acude a control y deja de tomar la medicación.

**Figura 7.** Algoritmo diagnóstico recomendado para prolactinoma



**Fuente:** Rev. De Endocrinología y Nutrición. 2007;54(8):438.e1-e10

Dentro del tratamiento de los prolactinomas tal vez sean estos los únicos adenomas hipofisarios en que el primer tratamiento que se plantea es el tratamiento médico ya que se cuenta con medicamentos que reducen el tamaño tumoral, inhiben la secreción de prolactina y cuyo efecto se mantiene en el tiempo. (BECKER C.2013)

Los prolactinomas contienen células lactotropas que segregan prolactina, un proceso favorecido por los estrógenos e inhibido por la dopamina, que se sintetiza en el hipotálamo y se transporta a la hipófisis por los vasos porta, de ahí la importancia del uso de los antagonistas de la dopamina como tratamiento 6 (CASANUEVA . F. et al 2006)

Los antagonistas de la dopamina son el tratamiento de elección independientemente del tamaño del prolactinoma y son efectivos en la mayoría de los casos, salvo en algunos en los que es preciso, por falta de respuesta al tratamiento médico, recurrir además a la cirugía y/o la radioterapia. Ambos tratamientos son complejos y no siempre totalmente curativos. Tanto la cirugía como la radioterapia tienen una alta tasa de recidivas y pueden causar como efecto secundario un hipopituitarismo residual, por lo que se reservan para casos en los que el tratamiento médico no resulta eficaz. El primer agonista de la dopamina que se empleó fue la bromocriptina. Es el único aprobado en el embarazo, pues no ha demostrado que produzca alteraciones en el desarrollo fetal. La clínica habitual de los microprolactinomas suele desaparecer en pocas semanas de tratamiento. Esa normalización clínica no significa curación, pues basta suspender la medicación durante 2-3 semanas y los síntomas reaparecen.

Es razonable vigilar la imagen hipofisaria anualmente y no intentar suspender la medicación hasta que el adenoma desaparezca. (OLALLA M. LLANES V. 2013)

### Figura 8. Dosis recomendadas de agonistas de la dopamina

Table 2. Dose Recommendations and Side-Effect Profiles for Dopamine Agonists Approved for Use in the United States.		
Medication	Dose*	Side Effects of Both Drugs†
Bromocriptine	Initial: 0.625 to 1.25 mg daily; usual range for maintenance dose: 2.5–10.0 mg daily	Common: nausea, headaches, dizziness (postural hypotension), nasal congestion, constipation Infrequent: fatigue, anxiety, depression, alcohol intolerance
Cabergoline	Initial: 0.25–0.5 mg weekly; usual range for maintenance dose: 0.25–3.0 mg weekly	Rare: cold-sensitive vasospasm, psychosis Possible: cardiac-valve abnormalities

**Fuente:** Klibanski Anne (2013). Prolactinomas. *The new england journal of medicine*, 1220-1221

### Figura 9. Indicaciones de terapia en pacientes con Prolactinoma<sup>8</sup>

Table 1. Indications for Therapy in Patients with Prolactinomas.
Macroadenoma
Enlarging microadenoma
Infertility
Bothersome galactorrhea
Gynecomastia
Testosterone deficiency
Oligomenorrhea or amenorrhea
Acne and hirsutism

**Fuente:** Klibanski Anne (2013). Prolactinomas. *The new england journal of medicine*, 1220-1221

Dentro de las indicaciones para Neurocirugía en pacientes con Prolactinomas se encuentran

- Aumento del tamaño del tumor a pesar de la terapia médica óptima
- Apoplejía

- Incapacidad para tolerar la terapia con agonistas de la dopamina
- Macroadenoma o microadenoma resistente al Agonista de dopamina
- En una mujer en busca de la fertilidad, si la inducción de la ovulación no es apropiado
- Compresión del quiasma óptico persistente a pesar del tratamiento médico óptimo.
- Prolactinoma quístico que médicamente no responde
- En las mujeres que buscan la fertilidad, macroadenoma en las proximidades de quiasma óptico a pesar del tratamiento médico óptimo (citorreducción antes del embarazo se recomienda)
- Fuga de líquido cefalorraquídeo durante la administración de agonistas de la dopamina
- Macroadenoma en un paciente con una condición psiquiátrica para los que los agonistas dopamina están contraindicado. (KLIBANSKI A. 2013)

La paciente no cumple con los criterios para realizarse una neurocirugía por lo que el tratamiento médico que recibió fue el adecuado.

Dentro de los criterios para suspender la medicación se encuentran: la desaparición de la clínica (amenorrea, oligomenorrea, galactorrea, cefalea..), la desaparición del tumor: RM normal o silla turca vacía parcial, niveles de prolactina inferior a 20 ng/ml con dosis adecuada de antagonistas a la dopamina mantenida al menos durante 2 años. (JARA A. 2010).

En este caso la paciente solamente tomó la medicación durante 6 meses y sin un control y seguimiento adecuado por lo que los síntomas recidivaron y en la

resonancia magnética que se realizó hace 4 meses se evidencia el crecimiento del prolactinoma a 8mm de diámetro.

#### **1.4 IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS**

- Desconocimiento de la paciente acerca de los signos de alarma por los que debe acudir al médico.
- A nivel de atención primaria, falta de accesibilidad en donde la paciente no contaba con un subcentro de salud cercano.
- La no realización de la correcta anamnesis por parte del personal de salud de centro de salud.
- La automedicación de la paciente.
- Demora en la obtención de turnos en el IESS- Latacunga.
- Abandono del tratamiento de la paciente al ver mejoría de síntomas.
- La no existencia de protocolos nacionales del ministerio de salud pública para tratar el Adenoma Hipofisario.
- Demora en obtención de turno en Hospital Docente Ambato, mediante el sistema de referencia.
- La no existencia de equipos de resonancia magnética en el Hospital Docente Ambato.
- Excesivos requisitos por parte de Trabajo Social en el Hospital Provincial Docente Ambato para la realización de Resonancia Magnética.

## 1.5 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPCIONES DE MEJORA

<b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>	<b>ACCIONES DE MEJORA</b>	<b>FECHA DE CUMPLIMIENTO</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>FORMA ACOMPAÑAMIENTO</b>
Control de calidad de atención dentro de las unidades de atención primaria	Realizar controles periódicos y capacitación a los Médicos que atienden a nivel de atención primaria.	1 año	Ministerio de salud publica	Dirección de Salud.
Protocolos de manejo nacional de los Adenomas hipofisarios	Proponer e implementar protocolos de manejo.	1 año	Ministerio de salud pública del Ecuador.	Dirección de Salud. Medios de comunicación
Educación para la salud	Exposiciones, información impresa como trípticos y folletos	1 año	Personal de Salud.	-Hospital Provincial Docente Ambato,

	de aceptación internacional sobre los Adenomas Hipofisarios.			-Dirección de Salud  -Medios de comunicación
Disminución de trámites administrativos	Un solo documento para realizar los trámites:  Documento de certificación de no ser afiliado al IESS.	1 año	Ministerio de Salud Pública	Dirección administrativa y médica de cada hospital.

## CONCLUSIONES

- La cefalea no únicamente se presenta en estados tensionales o de Estrés sino también en patologías de origen endocrino.
- El tratamiento del Prolactinoma debe ser manejado cuidadosamente por un Especialista.
- Se debe informar a la paciente acerca de su enfermedad y de las complicaciones que conlleva la suspensión del tratamiento sin vigilancia médica.
- Se debe realizar controles del tratamiento médico farmacológico del Prolactinoma cada 3 meses durante 2 años
- En el Ecuador no existen estadísticas acerca del Adenoma hipofisario y aún menos del Prolactinoma
- No existe protocolos de manejo del Ministerio de Salud Pública del Ecuador de los Adenomas Hipofisarios.

## BIBLIOGRAFÍA

Rojas, B. et al. (2012). Neoplasia endocrina múltiple. *AMIR*. Editorial MARBAN. Séptima edición. Madrid. Pág 406

## LINKOGRAFÍA

Arturo Zárate, \*. R. (2004). El manejo óptimo del prolactinoma. *Gaceta Médica de México Vol. 140 No. 5*, 567. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S001638132004000500016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S001638132004000500016&script=sci_arttext)

Becker Pedro.(2013). Tratamiento Médico de tumores hipofisarios. *Revista médica clínica Condes*. 2013; 24(5) 742-747. Disponible en: [http://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/5%20septiembre/2\\_Becker.pdf](http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/5%20septiembre/2_Becker.pdf)

Casanueva FF, Molitch ME, Schlechte JA, Abs R, Bonert V, Bronstein MD, et al. (2006). Guidelines of the Pituitary Society for the diagnosis and management of prolactinomas. *Clin Endocrinol(Oxf)*.265—273. Disponible en:

[http://www.samer.org.ar/docs/diag\\_y\\_trat\\_de\\_prolactinoma.pdf](http://www.samer.org.ar/docs/diag_y_trat_de_prolactinoma.pdf)

Jara Albarrán A.(2010).Prolactina. *Revista de Endocrinología* 96-105. Disponible en:

[http://www.samer.org.ar/docs/diag\\_y\\_trat\\_de\\_prolactinoma.pdf](http://www.samer.org.ar/docs/diag_y_trat_de_prolactinoma.pdf)

Klibanski Anne (2013). Prolactinomas. *The new england journal of medicine*, 1220-1221. Disponible en: <http://njmonline.nl/getpdf.php?id=897>

Kars M, Dekkers OM, et al. 2010. Prolactinomas. *The new england journal of medicine* ;68:104---12. Disponible en:

<http://njmonline.nl/getpdf.php?id=897>

Laws, E. R. (2012). Tumores Hipofisarios. *American brain tumor association*, 5-7. Disponible en:

<http://www.abta.org/resources/spanish-language-publications/tumores-hipofisarios.pdf>

Núñez Orozco Lilia. (2006). *Adenomas Hipofisarios*. Revista Mexicana de Neurocirugía; 7(6).530. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2006/rmn066b.pdf>

Olalla María, Llanes V. M (2013). Evolución del microprolactinoma a largo plazo con tratamiento médico. Elseiver, 4-5. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-pdf-90252404-S300>

## CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASES DE DATOS UTA

**SPRINGER:** Rubens S. et al (2014). *Endoscopic endonasal transsphenoidal approach for pituitary adenomas*. Rev. Arq Neuropsiquiatr pp 609. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v68n4/v68n4a24.pdf>

**SPRINGER:** Musolino N. Passos V. (2006). *Prolactinomas Resistentes a Agonistas Dopaminérgicos: Diagnóstico y Manejo*. Arq Bras Endocrinol Metab vol 49 n° 5. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v49n5/a05v49n5.pdf>

**SPRINGER:** Moreira M., Pereira L et al. (2014). *Endoscopic transnasal approach for removing pituitary tumors*. Arq Neuropsiquiatr 2014;72(5):378-382. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v72n5/0004-282X-anp-72-5-0378.pdf>

**SPRINGER:** Warszawsk L. et al. (2013). *Tratamento de macroprolactinoma com cabergolina em adolescente*. Rev Paul Pediatr 2011;29(3):456-60. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n3/a23v29n3.pdf>

**SPRINGER:** Clavero J. Toll. *Un caso de galactorrea psicógena sin hiperprolactinemia o síndrome de Nunes* MEDIFAM 2001; 11: 619-621. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n10/notacli1.pdf>

# **ANEXOS**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

Reciba ante todo un agradecimiento por su colaboración a la ciencia. La presente es una encuesta que se realizará para un trabajo de investigación, que se titula “ADENOMA HIPOFISARIO” para lo cual necesito de su colaboración, respondiendo unas preguntas del siguiente cuestionario.

Edad \_\_\_\_\_ Etnia \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Nivel de estudio \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_

**LEA DETENIDAMENTE Y RESPONDA SEGÚN SU CRITERIO.**

1. Cuando comenzó con los síntomas de su enfermedad ¿disponía de acceso a un centro o subcentro de Salud cercano ?

---

---

---

2. ¿Cuándo asistió al centro de Salud por primera vez, le brindaron toda la información necesaria acerca de su posible enfermedad ?

---

---

3. ¿Con cuánto calificaría del 1 al 10 a la atención que recibió en su centro de Salud y Por qué?

---

---

4. ¿Sabía usted que la automedicación le puede acarrear problemas de salud y Por qué?

---

---

**5. ¿Sabía usted que las consecuencias del abandono del tratamiento médico que se le administró por el especialista?**

---

---

**6. ¿Cómo calificaría usted a la accesibilidad a la obtención de turnos en las diferentes instituciones de salud por las que usted asistió ?**

---

---

**7. ¿Por qué razón no regresó a la consulta médica en el Hospital Provincial Docente Ambato?**

---

---

**8. Cree usted que existe buena calidad de atención de Salud en nuestro País.**

---

---

***Gracias por su colaboración***

Yo,..... con CI.....,autorizo mi participación en el proyecto de investigación “**ADENOMA HIPOFISARIO**” elaborada por Verónica Elizabeth López Tobar, estudiante de la carrera de medicina de la Universidad Técnica de Ambato, permitiendo el uso de la información que proporcioné por escrito en la encuesta anterior; para la realización de este trabajo investigativo.

Atentamente

.....

**CI.**