

Galactorrea

Fecha de la última revisión: **31/03/2015**

Índice de contenidos

1. [¿Qué es la galactorrea?](#)
2. [¿Cuál es su causa?](#)
3. [¿Cómo se diagnostica?](#)
4. [¿Cómo se trata?](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Más en la red](#)
7. [Autores](#)

¿Qué es la galactorrea?

Galactorrea es la secreción láctea de la glándula mamaria fuera del período puerperal o más allá de 6 meses tras el parto en una madre no lactante. La secreción es generalmente bilateral y puede variar en cantidad y ritmo. Debe diferenciarse del exudado purulento (sugiere infección), serosanguinolento (descartar neoplasia), verde o mucoide (enfermedad fibroquística) y del sebáceo (pseudosecreción).

Es más frecuente en mujeres de 20-35 años con embarazos previos, aunque puede darse en otras edades, en niños y en varones. El 20% de las mujeres, con reglas normales y niveles de prolactina (PRL) en suero normal, tienen una galactorrea aislada en algún momento de su vida. La prevalencia de hiperprolactinemia depende de la población estudiada y oscila entre el 0.4% de adultos sanos y el 5% de los que acuden a una consulta de planificación familiar. Entre las causas fisiológicas se encuentra el embarazo, la lactancia, el coito, la estimulación mecánica repetida de los pezones, el sueño, el ejercicio y el estrés (Halperin Rabinovich I, 2013; Serri O, 2003).

¿Cuál es su causa?

El 50% de los casos de galactorrea son idiopáticos, un diagnóstico que debe hacerse solo por exclusión. El 10-15% de los casos idiopáticos desarrollan un prolactinoma durante su seguimiento, mientras que en un 30% la PRL se normaliza espontáneamente. Las causas más frecuentes de galactorrea son (Halperin Rabinovich I, 2013; Lake MG, 2013; Melmed S, 2011; ACPGP, 2014; Casanueva FF, 2006):

- Tumores hipofisarios productores de PRL (prolactinomas), supone hasta un 25% de casos.
- Fármacos: neurolépticos (butirofenonas, fenotiacinas, risperidona, olanzapina, sulpiride, flupentixol, etc.), antidepresivos (tricíclicos, inhibidores de la MAO, ISRS, mirtazapina, etc.), antihipertensivos (metildopa, reserpina), opiáceos (codeína, morfina, metadona), antieméticos (metoclopramida, domperidona), cimetidina, inhibidores bomba protones, estrógenos, verapamilo, inhibidores de la proteasa (ritonavir, indinavir, zidovudina).
- Enfermedades endocrinas: hipotiroidismo primario, más raro enfermedad de Addison y enfermedad de Cushing.
- Enfermedad renal crónica (50% tienen PRL elevada, aunque la galactorrea es rara) e insuficiencia hepática, por disminución del aclaramiento.
- Traumatismos o cirugía torácicos.
- Infecciones locales (mastitis, herpes zóster).
- Procesos hipotalámicos: tumores, sarcoidosis, meningitis, hidrocefalia, lesiones vasculares, etc.
- Silla turca vacía.
- Otras: ovario poliquístico, carcinoma suprarrenal feminizante, hipertiroidismo, lesión medular, adenomas cromófobos, producción ectópica de PRL o lactógeno placentario humano (carcinoma broncogénico, hipernefroma, mola hidatiforme, coriocarcinoma, teratoma ovárico).

¿Cómo se diagnostica?

En primer lugar debemos asegurarnos de que la secreción es láctea. La galactorrea es muy poco frecuente en enfermedades propias de la mama, que se manifiestan generalmente por secreciones de otras características (purulenta, sanguinolenta, etc.). Haremos una historia y un examen físico detallados, incluyendo la exploración de las mamas, buscando otros síntomas y signos propios de enfermedades causales.

Si con los datos obtenidos el diagnóstico no resulta obvio, solicitaremos niveles de PRL. Si los valores de PRL son normales, no son necesarios más estudios (Huang W, 2012). Si la PRL está elevada, una vez que se han excluido embarazo, medicamentos que la elevan, hipotiroidismo e insuficiencia renal, la causa más probable será un prolactinoma.

Hablamos de hiperprolactinemia cuando los valores superan los 20 mcg/l en el varón y los 25 en la mujer, en una muestra tomada con una venopunción no traumática, al menos una hora después de cualquier exploración mamaria, de la comida y del despertar. Es suficiente para el diagnóstico la determinación de prolactina (PRL) en una extracción única. En casos dudosos o discordantes con la clínica puede repetirse la determinación en muestras obtenidas a intervalos de 15-20 min. Los test dinámicos (TRH, L-dopa, domperidona, etc.) no se recomiendan porque no aportan valor adicional (Halperin Rabinovich I, 2013; Melmed S, 2011).

Los prolactinomas representan el 40% de los adenomas hipofisarios. El 90% son microadenomas (miden menos de 10 mm), son tumores benignos, no suelen crecer durante el seguimiento y son mucho más frecuentes en mujeres que en varones. En varones predominan los macroadenomas (Halperin Rabinovich I, 2013).

Los pacientes pueden presentar hipogonadismo, disfunción sexual, oligo/amenorrea, infertilidad, galactorrea, osteopenia y síntomas derivados del crecimiento local del tumor (cefalea, alteraciones visuales). La prueba de imagen más útil en el diagnóstico del prolactinoma es la RNM de la silla turca. Las concentraciones de PRL generalmente se correlacionan con el tamaño del prolactinoma (Halperin Rabinovich I, 2013; Casanueva FF, 2006).

¿Cómo se trata?

El tratamiento de la galactorrea debe ser causal siempre que sea posible.

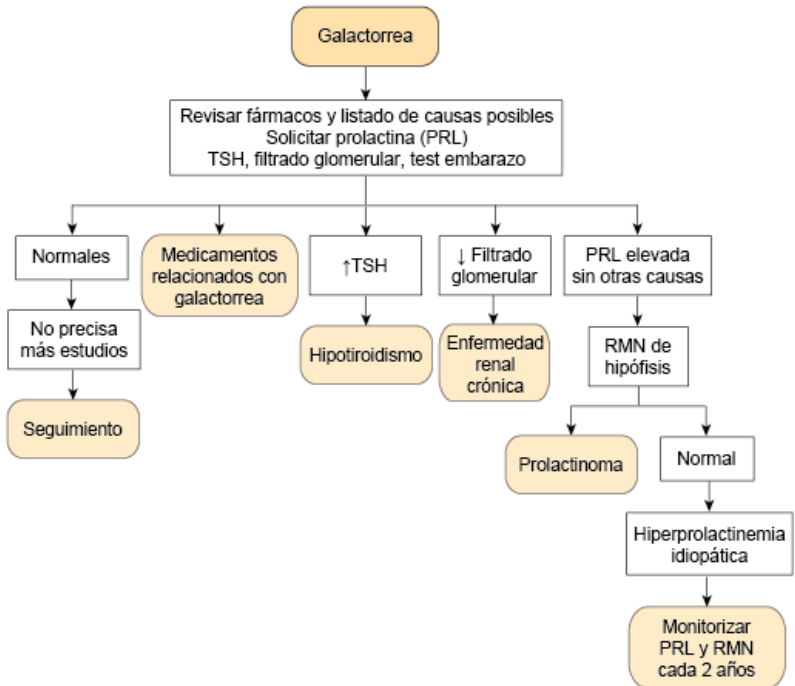
Las pacientes con galactorrea aislada y niveles normales de PRL no requieren habitualmente tratamiento salvo que la galactorrea sea muy molesta o tengan hipogonadismo u osteoporosis. En todo caso debemos medirles periódicamente los niveles de PRL (ACPGP, 2014).

A las pacientes con aumento de PRL sin diagnóstico de prolactinoma, se les deben monitorizar los niveles de PRL y realizar una RMN cada 2 años o antes si hay sospecha de tumor hipofisario. Los pacientes asintomáticos con microprolactinomas habitualmente no precisan tratamiento. También puede ser la situación de pacientes posmenopáusicas (tratadas o no previamente) en las que la hiperprolactinemia ya no condiciona hipogonadismo. Si la paciente está muy incómoda o sufre disminución de la libido, amenorrea, infertilidad, osteopenia u osteoporosis o un macroprolactinoma es necesario controlar la secreción de PRL y sus consecuencias clínicas y bioquímicas. Para ello se utilizan como primera opción los agonistas de la dopamina **bromocriptina** y **cabergolina** (Halperin Rabinovich I, 2013; ACPGP, 2014).

Estos fármacos son muy efectivos para disminuir el nivel de PRL, eliminar la galactorrea, recuperar la función gonadal y disminuir el tamaño tumoral. **Cabergolina** se tolera mejor y es más efectiva que **bromocriptina** para normalizar la PRL y recuperar la función gonadal. Podría considerarse el tratamiento de primera opción. **bromocriptina** es más segura en caso de embarazo y más económica. Ambas tienen efectos secundarios potencialmente graves (Halperin Rabinovich I, 2013; Huang W, 2012; Casanueva FF, 2006).

La cirugía transesfenoidal se reserva habitualmente para los pacientes que son resistentes a los agonistas de la dopamina. Cuando no disminuyan las concentraciones de PRL o el tamaño de los macroadenomas (Halperin Rabinovich I, 2013; Casanueva FF, 2006).

El seguimiento debe ajustarse a la agresividad de la enfermedad. Se hace habitualmente mediante niveles de PRL, RMN, campimetría, densitometría ósea y valoración del resto de funciones hipofisarias (Halperin Rabinovich I, 2013). Tras un cuidado seguimiento clínico, bioquímico y con RMN, en pacientes con PRL sérica normal, sin tumor visible en la RMN y que han sido tratados con agonistas de la dopamina durante 2 años al menos, puede valorarse la suspensión del tratamiento farmacológico (Melmed S, 2011).



Algoritmo de manejo de galactorrea

Bibliografía

- Alberta Clinical Practice Guidelines Program (ACPGP). Toward Optimized Practice. Laboratory Endocrine Testing Guidelines: Galactorrhea. 2014. [Texto completo](#)
- Casanueva FF, Molitch ME, Schlechte JA, Abs R, Bonert V, Bronstein MD, et al. Guidelines of the Pituitary Society for the diagnosis and management of prolactinomas. Clin Endocrinol (Oxf). 2006;65(2):265-73. PubMed [PMID: 16886971](#). [Texto completo](#)
- Halperin Rabinovich I, Cámara Gómez R, García Mouriz M, Ollero García-Agulló D; Grupo de Trabajo de Neuroendocrinología de la SEEN. Clinical guidelines for diagnosis and treatment of prolactinoma and hyperprolactinemia. Endocrinol Nutr. 2013;60(6):308-19. PubMed [PMID: 23477758](#)
- Huang W, Molitch ME. Evaluation and management of galactorrhea. Am Fam Physician. 2012;85(11):1073-80. PubMed [PMID: 22962879](#)
- Lake MG, Krook LS, Cruz SV. Pituitary adenomas: an overview. Am Fam Physician. 2013;88(5):319-27. PubMed [PMID: 24010395](#). [Texto completo](#)
- Leung AK, Pacaud D. Diagnosis and management of galactorrhea. Am Fam Physician. 2004;70(3):543-50. PubMed [PMID: 15317441](#). [Texto completo](#)
- Melmed S, Casanueva FF, Hoffman AR, Kleinberg DL, Montori VM, Schlechte JA, et al.; Endocrine Society. Diagnosis and treatment of hyperprolactinemia: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2011;96(2):273-88. PubMed [PMID: 21296991](#). [Texto completo](#)
- Serri O, Chik CL, Ur E, Ezzat S. Diagnosis and management of hyperprolactinemia. CMAJ. 2003;169(6):575-81. PubMed [PMID: 12975226](#). [Texto completo](#)

Más en la red

- Alberta Clinical Practice Guidelines Program (ACPGP). Toward Optimized Practice. Laboratory Endocrine Testing Guidelines: Galactorrhea. 2014. [Texto completo](#)
- Halperin Rabinovich I, Cámara Gómez R, García Mouriz M, Ollero García-Agulló D; Grupo de Trabajo de Neuroendocrinología de la SEEN. Clinical guidelines for diagnosis and treatment of prolactinoma and hyperprolactinemia. Endocrinol Nutr. 2013;60(6):308-19. PubMed [PMID: 23477758](#)
- Huang W, Molitch ME. Evaluation and management of galactorrhea. Am Fam Physician. 2012;85(11):1073-80. PubMed [PMID: 22962879](#)

Autores

■ Arturo Louro González

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)

- Carmen Castiñeira Pérez Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2)
- Carmen Costa Ribas Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2)

(1) Servicio de Atención Primaria de Cambre-Carral. Servicio Galego de Saúde. A Coruña. España.
(2) Servicio de Atención Primaria de Fingoy. Servicio Galego de Saúde. Lugo. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

