

# Galactorreas: Diagnóstico y cuadro clínico

A. Fresnadillo i Raso,  
B. Lienas i Massot

## SUMMARY

*The principal causes of galactorrhea are reviewed along with the clinical manifestations that it can cause. The different etiopathogenic varieties capable of provoking this type of mammary secretion are described: hypothalamics, hypophyseal and, especially, yatrogenic galactorrhea. A review is made of the drugs responsible for inducing galactorrhea, as well as the mechanisms of action which produce this: dopaminergic antagonists, drugs that produce dopaminergic depletion, drugs that compete with the dopamine and drugs that directly stimulate lactotrophic cells. The properties of the clinical case are briefly reviewed, drawing attention to the known amenorrhea-galactorrhea syndrome that tends to be provoked by a pituitary adenoma. Also the close relationship between galactorrhea, hyperprolactinemia and infertility are highlighted, both in women and men.*

## CONCEPTO

La galactorrea es una secreción mamaria lactescente que en la mujer se considera patológica cuando no tiene relación con el final del embarazo o cuando es una prologación anómala de la lactación puerperal. En el hombre es siempre patológica.

Existe, además, la galactorrea del recién nacido —llamada Witch's milk o leche de brujas— que es debida a los altos niveles de prolactina durante los primeros días de vida que coinciden con la caída de estrógenos.<sup>1</sup>

## ETIATOGENIA

Toda galactorrea nos hará sospechar una alteración de la secreción de prolactina. Así se ha comprobado que la hiperprolactinemia se presenta en el 60 a 90 % de todas las pacientes portadoras del síndrome amenorrea-galactorrea y en el 40 % de los casos con ciclos anovulatorios y galactorrea.<sup>2</sup>

Cuando la galactorrea se acompaña de ciclos menstruales normales, la prolactina suele ser normal en el

85 % de los casos.<sup>2</sup> En estas situaciones podría existir una hipersensibilidad de los receptores prolactínicos de la glándula mamaria o bien una mayor eficacia de la hormona a nivel del receptor<sup>3,4</sup>.

En la tabla I se muestran las principales causas capaces de inducir una galactorrea.

Toda lesión hipotalámica o hipofisaria que produce una disminución del factor inhibidor de prolactina (PIF) puede acompañarse de galactorrea.<sup>5</sup>

La acromegalia se acompaña de hiperprolactinemia y galactorrea en un 30 % de los casos.<sup>6</sup> En el hipotiroidismo por el aumento de TRH que estimula directamente la secreción de prolactina no es raro encontrar una galactorrea asociada.<sup>7</sup>

Entre las causas hipofisarias, sin duda, la más importante en frecuencia son los adenomas. El famoso síndrome amenorrea-galactorrea descrito por Chiari-Frommel, Forbes Albright y Argonz-Ahumada-Del Castillo es en realidad la expresión clínica de una hiperprolactinemia debida en los tres casos a un adenoma hipofisario con toda probabilidad.

En la insuficiencia renal crónica la hiperprolactine-

TABLA I  
PRINCIPALES CAUSAS DE GALACTORREA

— Lesiones hipotalámicas ...	{ Craneofaringiomas encefalitis sarcoidosis Tumores: prolactionomas, acromegalia... silla turca vacía
— Lesiones hipofisarias .....	
— Sección del tallo hipofisario	
— Hipotiroidismo	
— Secreción ectópica de PRL (carcinoma bronquial)	
— Ingesta de fármacos (ver tabla II)	
— Por irritación torácica (herpes, cirugía, torácica, quemaduras)	
— Insuficiencia renal crónica	

mía se produciría por una disminución del clearance metabólico de la prolactina.<sup>8</sup>

La galactorrea puede producirse también por un arco reflejo medular provocado por procesos irritativos que actúan sobre la pared torácica. Este arco reflejo estimularía las terminaciones sensitivas de los nervios intercostales y después de alcanzar la médula espinal, mesencéfalo e hipotálamo inhibiría la producción del PIF.<sup>9</sup>

Esto ocurre tras la cirugía torácica,<sup>10,11</sup> después de un herpes zóster o quemaduras. Incluso se ha descrito galactorrea en mujeres a las que se ha implantado prótesis mamarias de metilpolisiloxano.<sup>12</sup>

Pero sin duda la causa más frecuente de galactorrea es la yatrógena,<sup>13</sup> por lo que el interrogatorio del/la paciente debe ser cuidadoso. Hay muchas drogas utilizadas corrientemente capaces de alterar la secreción de prolactina a través de distintos mecanismos (tabla II).

Así es muy frecuente el hallazgo de galactorrea tras la ingesta prolongada de neurolépticos,<sup>14</sup> hipotensores<sup>15</sup> o tras la toma de anticonceptivos orales que si se administran de forma continuada pueden provocar al interrumpir el tratamiento un síndrome amenorrea-galactorrea.<sup>16</sup>

El incremento de los valores de prolactina no parece guardar relación con la intensidad de la galactorrea. Algunos autores describen pacientes portadoras de un adenoma hipofisario con valores de prolactina de más de 40.000 ngrs/ml sin galactorrea.<sup>2</sup>

## CARACTERISTICAS

El aspecto de la secreción es variable: puede ser lactescente y espeso o bien fluido y seroso como el calostro.

La secreción es rara vez abundante; generalmente es mínima y provocada por expresión manual. En estos casos suele pasar desapercibida por la paciente.

Además, la intensidad de la galactorrea no suele guardar relación con la causa que la provoca.

Las galactorreas pueden ser uni o bilaterales (es lo más frecuente), unicanaliculares o interesar varios conductos galactóforos.

En el postparto una galactorrea con expresión manual que se prolonga 2 a 3 meses después del retorno de la menstruación no tiene ningún valor si se acompaña de ciclos ovulatorios. Por el contrario, una galactorrea persistente que se acompaña de alteraciones de la menstruación y/o de la ovulación exige una determinación de prolactina, ya que la causa puede ser un adenoma hipofisario.

En la paciente menopáusica debe tenerse en cuenta que la galactorrea es muchas veces la única manifestación de un prolactinoma.

Generalmente, la galactorrea no se produce de forma aislada, sino que suele acompañarse de otra sintomatología: en la mujer se descubre después de la instauración de la amenorrea u otras alteraciones del ciclo menstrual.

TABLA II  
DROGAS CAUSANTES DE GALACTORREA

I. Antagonistas dopaminérgicos	{ Ortopamidas	{ Fenotiacinas Butirofenonas Sulpiride Veralpride Tiapride Metoclopramida Imipramina Opiáceos
II. Drogas que deplecionan los receptores dopaminérgicos: reserpina.		
III. Drogas que compiten con la dopamina: $\alpha$ -metil-dopa.		
IV. Por estímulo directo de las células lactotropas ...	{ TRH Estrógenos (anticonceptivos orales)	

*En el hombre*, la galactorrea suele ser mínima y casi siempre provocada<sup>5</sup> y no acostumbra a acompañarse de ginecomastia.

El síntoma asociado con mayor frecuencia es la impotencia,<sup>17,18</sup> aunque también se ha descrito disminución del volumen testicular y del eyaculado con oligo o azoospermia.<sup>19</sup> Si la causa desencadenante de la galactorrea es un adenoma hipofisario, el diagnóstico es mucho más tardío que en la mujer, precisamente por la pobreza de los síntomas clínicos. Además —mientras que en la mujer la hiperprolactinemia provoca rápidamente trastornos del ciclo menstrual— en el hombre la instauración de los trastornos de la libido y de la potencia sexual es mucho más lenta.

Tanto en la mujer como en el hombre, si es un adenoma hipofisario el desencadenante de la galactorrea, ésta se asociará a la típica sintomatología tumoral, cefaleas bitemporales y/o medifrontales y disminución de la agudeza visual.

## CONCLUSIONES

Desde que Chiari y Frommel describieron en 1855 el primer síndrome amenorrea-galactorrea prolongado tras el puerperio y en 1952 Argonz y Del Castillo publicaran un caso de síndrome amenorrea-galactorrea sin relación con un embarazo, hasta llegar a las afirmaciones en 1954 de Forbes y Albright que relacionaban ambos síntomas —amenorrea y galactorrea— con un tumor hipofisario, los conocimientos sobre la patología

hipotálamo-hipofisaria han avanzado mucho. En especial, el descubrimiento de la prolactina y su determinación plasmática<sup>20,21</sup> gracias al radioinmunoensayo ha supuesto un avance en el esclarecimiento de esta patología.

Ante toda galactorrea —en la actualidad— es indispensable la determinación plasmática de esta hormona, acompañada de un interrogatorio clínico riguroso para descartar, sobre todo, la etiología yatrógena.

## RESUMEN

Se revisan las principales causas de galactorrea y las manifestaciones clínicas que puede provocar. Se describen las distintas variedades etiopatogénicas capaces de provocar este tipo de secreción mamaria: hipotalámicas, hipofisarias y, sobre todo, las galactorreas yatrógenas. Se pasa lista de los fármacos responsables de inducir galactorrea, así como los mecanismos de acción por los que ésta se produce: antagonistas dopaminérgicos, drogas que deplecionan los receptores dopaminérgicos, fármacos que compiten con la dopamina y fármacos que estimulan directamente las células lactotropas.

Se repasan brevemente las características del cuadro clínico haciendo hincapié en el conocido síndrome amenorrea-galactorrea que suele estar provocado por un tumor hipofisario. Asimismo se destacan las íntimas relaciones de la galactorrea, la hiperprolactinemia y la infertilidad, tanto en la mujer como en el hombre.

## REFERENCIAS

- Hiba J, Del Pozo E, Genazzani A, Pusterla E, Lancranjan I, Sidioropoulos D, Gunti J. Hormonal mechanism of milk secretion in the newborn. *J Clin Endocr Metab* 44, 1977; 5: 973-976.
- Frantz AG. Prolactin. *New Engl J Med* 1978; 298: 201-207.
- López del Campo JG, Enrique González L, Pérez Villamil B. Diferente capacidad de unión a los receptores de la prolactina circulante en el síndrome de amenorrea-galactorrea. *An Med Inter* 1983; 1, 1: 7-9.
- Johnson DG, Haigh J, Prescott RWG, Henton A, Kendall-Taylor P, Baylis P, Albert KGM, Roura R, Friesen H, Cook D, Watson M. Prolactin secretion and biological activity in females with galacorrhoea and normal circulating prolactin concentrations at rest. *Clin Endocr* 1985; 22: 661-678.
- Vermeulen CC, Bovallouche A, Crerault JL, Cathelineau G. Les hyperprolactinémies pathologiques. *Sém Hôp Paris* 1982; 58, 34: 1957-1971.
- Cundy T, Grundy EN, Melville H, Sheldon J. Bromocriptine treatment of acromegaly following spontaneous conception. *Fertil Steril* 1984; 42, 1: 134-136.
- Tolis G, Hoyte K, McKensie JM, Mason B, Robb P. Clinical biochemical and radiologic reversibility of hyperprolactinemic galactorrhea-amenorrhea and abnormal sella thyroxine in a patient with primary hypothyroidism. *Am J Obstet Gyn* 1978; 131: 850-852.
- Yoshiyama N, Nakagawa S, Takeuchi J, Okamoto R. Uremic galactorrhea: an endocrine profile. *Nephron* 1981; 28: 227-233.
- Boyd AE, Spare S, Reichlin S. Neurogenic galactorrhea-amenorrhea. *J Clin Endocrin Metab* 1978; 47: 1347-1377.
- Alvarez Ayuso L, Téllez de Peralta G, Pérez Maeztu R, Masa Vázquez C, Martínez J, de Letona L, Figuera Aymenrich D. Galactorrea secundaria a esternotomía. Descripción de un caso. *Rev Clin Esp* 1982; 164, 4: 267-268.
- MacFarlane IR, Rosin MD. Galactorrhea following surgical procedures to the chest wall: the role of prolactin. *Postgrad Med J* 1980; 56, 1: 23-53.

12. Ruiz-Velasco, V. Hyperprolactinemia and mammary prostheses. *J Reprod Med* 1986; 31, 4: 267-270.
13. Gluskin LE, Strasberg B, Shah J. Verapamil induced hyperprolactinemia and galactorrhea. *Ann Internal Med*, 1981, 95, 1: 66-67.
14. Shenoy RS, Ehigi P, Johnson CH. Bromocriptine in the treatment of galactorrhea caused by haloperidol: a case study. *J Clin Psychopharmacol* 1983; 3: 187-188.
15. Arze RS, Ramos JM, Rashid HV, Ken DN. Amenorrhoea, galactorrhoea and hyperprolactinemia induced by methyldopa. *Brit Med J* 1981; 283, 194.
16. Soltan MH, Hancock KW. Outcome in patients with post-pill amenorrhoea. *Brit J Obstet Gynaec* 1982; 89: 745-748.
17. Franks S, Jacobs S, Martin N, Nabarro JDN. Hyperprolactinemia and impotence. *Clin Endocr* 1978; 8: 277.
18. Burat J, Lemaire A, Buvat-Herbaut M, Fourlinnie JC, Racadot A, Fossati P. Hyperprolactinemia and sexual function in men. *Horm Res* 1985; 22: 196-203.
19. Laufer N, Yaffe H, Margalioth EJ, Liushin J, Bendavid M, Schenker JG. Effect of bromocriptine treatment on male infertility associated with hyperprolactinemia. *Arch Androl* 1981; 6: 343-346.
20. Frantz AG, Kleinberg DI. Prolactin: evidence that is separate from growth hormone in human blood *Science* 1970; 170: 745.
21. Hwang P, Guyda H, Friesen H. Radioimmunoassay for human prolactin. *Proc Natl Acad Sci* 1971; 68: 1902.