

Aunque no se conoce con exactitud el mecanismo de cierre, se postula que la sangre actúa como «parche» sobre el defecto de forma inmediata, y posteriormente se produce una reacción inflamatoria pleural⁶. En este caso el tratamiento con vinblastina y corticoides facilita la persistencia del neumotórax, adquiriendo mayor relevancia el efecto «parche».

Las complicaciones más frecuentes asociadas a la PSA son fiebre, neumotórax y empiema. A diferencia de otras técnicas es indolora, no precisa sedo-analgésia y se puede repetir. En nuestro paciente no se observó ninguna de las complicaciones descritas.

La PSA es una técnica segura, barata y eficaz en el tratamiento de la fuga aérea persistente. Es necesaria la realización de estudios más amplios en la población pediátrica para recomendar su uso de forma rutinaria.

Agradecimientos

A todo el personal de enfermería de las plantas de la UCI y de oncología pediátrica.

Bibliografía

1. Cerfolio RJ, Bryant AS. The management of chest tubes after pulmonary resection. *Thorac Surg Clin.* 2010;20:399–405.
2. Lillegard JB, Kennedy RD, Ishitani MB, Zarroug AE, Feltis B. Autologous blood patch for persistent air leak in children. *J Pediatr Surg.* 2013;48:1862–6.
3. Lackey A, Mitchell JD. The cost of air leak: Physicians' and patients' perspectives. *Thorac Surg Clin.* 2010;20:407–11.
4. Cobanoglu U, Melek M, Edirne Y. Autologous blood pleurodesis: A good choice in patients with persistent air leak. *Ann Thorac Med.* 2009;4:182–6.
5. Rehse DH, Aye RW, Florence MG. Respiratory failure following talc pleurodesis. *Am J Surg.* 1999;177:437–40.
6. Manley K, Coonar A, Wells F, Scarci M. Blood patch for persistent air leak. *Curr Opin Pulm Med.* 2012;18:333–8.

Alvaro Navarro Mingorance^{a,*}, María Dolores Pastor Vivero^b, María Cruz León León^a, Susana Beatriz Reyes Domínguez^a y Jose Luis Fuster Soler^c

^a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

^b Unidad de Neumología Pediátrica, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

^c Unidad de Oncohematología Pediátrica, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anavarromingo@gmail.com
(A. Navarro Mingorance).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.11.010>

Prolactinomas en la población pediátrica



Prolactinomas in a paediatric population

Sra. Editora:

Caso 1: paciente de sexo femenino de 15 años de edad, que acude a su centro de salud por irregularidades menstruales. Sin antecedentes personales ni familiares de interés, ni toma de fármacos. Menarquia a los 11 años y medio.

La paciente es remitida a endocrinología pediátrica tras el hallazgo de una cifra elevada de prolactina (198 ng/ml, rango de normalidad: 8,5-26,5 ng/ml). A la entrevista dirigida, la paciente refiere un año de visión borrosa intermitente y cefalea frontal de 3 meses de duración, acompañado de galactorrea unilateral de escasa cuantía. A la exploración física: talla 169,5 cm (DE: +1,1), peso 53,3 kg, IMC 19,29 kg/m² (DE: -0,79). Estadio puberal v de Tanner y fenotipo armónico. Ausencia de galactorrea, hirsutismo o acné. El hemograma y la bioquímica general fueron normales, destacando la determinación de prolactina (205,6 ng/ml). La resonancia magnética (RM) (fig. 1) evidenció una glándula hipofisaria aumentada de tamaño, con borde superior convexo hacia línea media y aumento de señal sugestivo de cambios hemorrágicos subagudos. La glándula hipofisaria, impronta y oblitera la cisterna supraselar con efecto masa sobre el quiasma óptico. En el estudio oftalmológico se constató una hipermetropía leve, con normalidad en la campimetría y en el fondo de ojo. Con los datos obtenidos se

estableció el diagnóstico de prolactinoma con apoplejía subclínica, iniciando tratamiento con cabergolina a dosis de 0,25 mg la primera semana y 0,50 mg/semana de mantenimiento. Al mes de iniciar el tratamiento, se aprecia en la RM de control (fig. 2), el adenoma con unas medidas de 10 × 8 mm, probablemente sobreestimadas por los signos de sangrado, con una cifra de prolactina de 12,6 ng/ml. En la

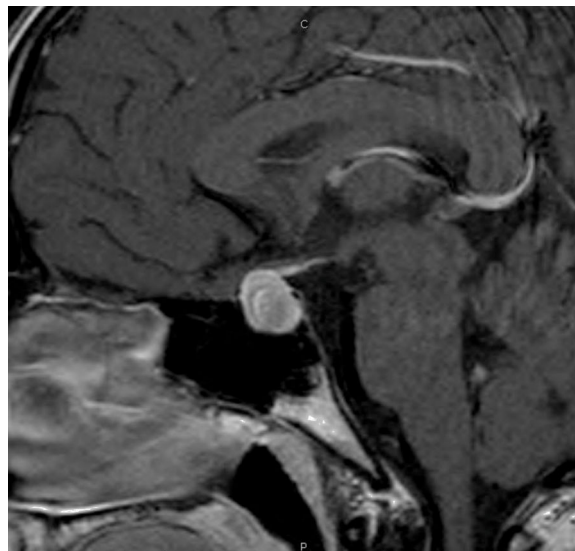


Figura 1 RM diagnóstica: aumento difuso de señal T1.

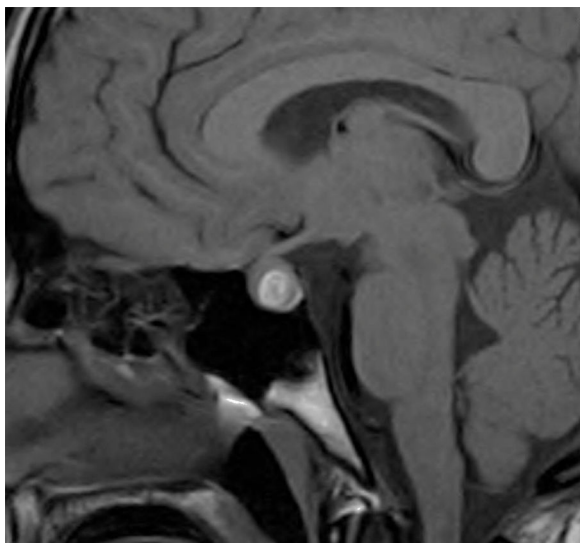


Figura 2 RM de control: al mes de iniciar el tratamiento.

actualidad la paciente presenta ciclos menstruales regulares, visión normal sin cefalea y ausencia de galactorrea.

Caso 2: paciente de sexo masculino de 14 años de edad, en seguimiento por obesidad y talla alta con edad ósea avanzada. En el contexto del estudio de cefaleas, se realiza RM evidenciándose nódulo de 10 × 10 mm en región izquierda de hipófisis, con remodelación del ángulo de la silla turca sin extensión a seno cavernoso, compatible con adenoma (límite entre micro/macroadenoma). Clínicamente no presentaba alteraciones visuales, ni galactorrea. A la exploración clínica: talla 173,6 cm (DE: +1,16), peso 85,6 kg, IMC 28,4 kg/m² (DE: +3,3). Obesidad de predominio abdominal, adipomastia. Analíticamente solo destacaba una hiperprolactinemia de 118 ng/ml. Se inició tratamiento con agonistas dopaminérgicos 0,50 mg/semana en 2 dosis, con buena respuesta (prolactina 11,5 mg/ml).

La hiperprolactinemia como expresión de un adenoma hipofisario es un trastorno poco frecuente en la población pediátrica. Los prolactinomas presentan una prevalencia de 100/millón de habitantes, representando menos del 2% de la totalidad de los tumores intracraneales¹. Las manifestaciones clínicas son muy heterogéneas y varían según sexo, tamaño tumoral y edad de comienzo^{2,3}. Se presentan 2 casos de prolactinoma en ambos sexos, con una edad de presentación similar y clínica prácticamente opuesta. En el caso 1, la paciente presenta cefalea y alteraciones visuales con una imagen compatible de adenoma hemorrágico. La apoplejía hipofisaria subclínica en la edad pediátrica y adolescencia es una entidad muy poco referida encontrándose únicamente descritos en la literatura casos aislados⁴. Los pacientes se pueden mantener asintomáticos o con una clínica muy larvada en comparación con la apoplejía hipofisaria. No existe correlación entre los niveles de prolactina y la duración o severidad de los síntomas. Tampoco se ha evidenciado relación entre el tamaño tumoral y la existencia de procesos

hemorrágicos⁴. En niños es más frecuente la aparición de apoplejía hipofisaria subclínica por la menor susceptibilidad tumoral al infarto y mayor resistencia a la hemorragia que en los adultos, unido a un probable infradiagnóstico⁵.

Con respecto al tratamiento, en el caso de la apoplejía subclínica especialmente en los adenomas secretores de prolactina, se puede optar por una opción conservadora. La terapia con agonistas dopaminérgicos es capaz de controlar la concentración de prolactina pudiendo reducir significativamente el tamaño tumoral^{4,5}.

En el caso de una hiperprolactinemia secundaria a prolactinoma, el tratamiento médico se encuentra recomendado como primera línea de actuación, tanto en microadenomas como en macroadenomas con independencia de la edad⁶. El objetivo primario de la terapia con agonistas dopaminérgicos es mejorar la función gonadal y neurológica. El seguimiento incluye una estrecha revisión clínica y bioquímica del paciente, con la posibilidad de suspender el tratamiento tras 2 años del inicio, en ausencia de elevación de los niveles de prolactina y sin remanente tumoral objetivable en RM^{2,6}. En tal caso, se debe repetir la determinación de prolactina cada 3 meses durante el primer año y de forma anual, posteriormente. La RM se debe realizar si se produce elevación de la prolactina por encima de los rangos de normalidad⁶.

Bibliografía

1. Ciccarelli A, Daly AF, Beckers A. The epidemiology of prolactinomas. *Pituitary*. 2005;8:3–6.
2. Catli G, Abaci A, Altincik A, Demir K, Can S, Buyukgebiz A, et al. Hyperprolactinemia in children: Clinical features and long-term results. *J Pediatr Endocr Met*. 2012;25(11-12):1123–8.
3. Eren E, Yapıcı Ş, Çakır ED, Ceylan LA, Sağlam H, Tarım Ö. Clinical course of hyperprolactinemia in children and adolescents: A review of 21 cases. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. 2011;3:65-69.
4. Pawel P, Crawford JRP, Khanna DM, Malicki JD, Ciacci ML. Levy pituitary tumor apoplexy in adolescents. *World Neurosurg*. 2015;83:644–51.
5. Vicente A, Lecumberri B, Gálvez MA. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la apoplejía hipofisaria. *Endocrinol Nutr*. 2013;60:582–94.
6. Melmed S, Casanueva FF, Hoffman AR, Kleinberg DL, Montori VM, Schlechte JA, et al. Diagnosis and treatment of hyperprolactinemia: An endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011;96:273–88.

Alejandra Mora Mendoza*, Beatriz García-Cuartero, Yoko Oyakawa y Raquel Barrio Castellanos

Unidad de Endocrinología y Diabetes Pediátrica, Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arnaleja@hotmail.com

(A. Mora Mendoza).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.11.016>