

PROLACTINOMA E GESTAÇÃO: RELATO DE CASO

Mezzaroba, MB; Hagi, NT; Nobrega, MM; Klock, LDK; Novellino, AMM; Shimizu, D
Hospital e Maternidade São José dos Pinhais (HMSJP)

Introdução: Os prolactinomas representam 40% de todos os adenomas hipofisários e são 3 vezes mais comuns nas mulheres¹, que possuem como clínica principal a irregularidade menstrual, amenorreia e infertilidade. Isso ocorre, pois ao provocar hiperprolactinemia, o tumor inibe a secreção do GnRH pelo hipotálamo e, conseqüentemente, a esteroidogênese gonadal². Desta forma, os agonistas dopaminérgicos (AD), ao promoverem inibição na secreção da prolactina, redução da massa tumoral e melhora da disfunção gonadal em 90% dos casos, são as drogas de escolha para o tratamento dessa comorbidade^{3,4}.

Descrição do caso: C.S.V., 20 anos, sem gestações anteriores, encaminhada para o Pré-Natal de Alto Risco de São José dos Pinhais por teste imunológico de gravidez positivo e hiperprolactinemia de 249 ng/mL. Possuía diagnóstico de prolactinoma há 2 anos (RNM compatível com microadenoma pituitário na adeno-hipófise a direita, medindo aproximadamente 7,4mm), em uso de cabergolina 0,5mg por semana desde então, sem acompanhamento com endocrinologista. Ao exame físico, altura uterina de 29 cm, movimentos fetais presentes e BCF de 146 bpm. Ultrassonografia indicava idade gestacional de 28 semanas e 4 dias. Paciente foi orientada a suspender o uso de cabergolina e retornar ao acompanhamento multidisciplinar com neuro e endocrinologista. Durante a gestação não apresentou queixas visuais, entretanto um episódio de cefaleia associada a prolactina de 196,43 ng/mL motivou a solicitação de campimetria visual computadorizada, ainda não realizada. Às 38 semanas 5 dias de gestação, deu entrada no centro obstétrico com bolsa rota sem perda de sangue e adequada movimentação fetal, e evoluiu para parto natural 12 horas após, sem intercorrências. Atualmente paciente oferece amamentação materna exclusiva para o lactente.

Relevância: Enfatizar o prolactinoma como um diagnóstico diferencial, quando associado à hiperprolactinemia e sintomas de disfunção gonadal, bem como ressaltar a possibilidade de gravidez após tratamento adequado com o uso de agonista dopaminérgico.

Comentários: O uso de AD durante a gestação não aumenta a incidência de abortos espontâneos, prematuridade ou malformações, contudo, o limitado número de estudos determina a interrupção do tratamento durante esse período⁵, mesmo em mulheres com diagnóstico tardio da gestação, como a desse relato. Isto posto, durante as anamneses do pré-natal é necessário verificar a presença de cefaleias ou alterações visuais, uma vez que os altos níveis de estrogênio produzidos pela placenta e a suspensão do medicamento são estímulos para o aumento do volume tumoral⁴. Diante desses sintomas, é recomendada a realização de RNM sem gadolínio e campimetria visual computadorizada para avaliar o tamanho do adenoma e a necessidade de reintrodução do tratamento farmacológico². Gestantes em descontinuação do tratamento com AD são motivadas a realizar a amamentação materna por livre demanda, visto que a prolactina secretada decorrente da estimulação e sucção do seio não provoca piora do quadro⁶.

Referências:

1. MELMED, S. *et al.* Diagnosis and Treatment of Hyperprolactinemia: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 96, n.2, p. 273-288. 2011.
2. GLAZER, A.; BRONSTEIN, M.D. Prolactinoma. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, v. 58, n.2, p.118-123. 2014. DOI: 10.1590/0004-2730000002961
3. VILAR, L. *et al.* Tratamento Medicamentoso dos Tumores Hipofisários. Parte I: Prolactinomas e Adenomas Secretores de GH. *Arquivos Brasileiros de endocrinologia e Metabologia*, v.44, n.5, p. 367-381. 2000
4. MOLITCH, M.E. Management of the pregnant patient with a prolactinoma. *European Journal of Endocrinology*, v. 172, n.5, p. 205-213. 2015. - DOI: 10.1530/EJE-14-0848
5. CHRISTIN-MAÎTRE, S.; DELEMER, B.; TOURAINE, P.; YOUNG, J. Prolactinoma and estrogens: pregnancy, contraception and hormonal replacement therapy. *Annals of Endocrinology*, v.68, p. 106-112. 2007. DOI: 10.1016/j.ando.2007.03.008
6. MAITER, D. Prolactinoma and pregnancy: From the wish of conception to lactation. *Annales d'Endocrinologie*, p.1-7. 2016. DOI: 10/1016/j.ando.2016.04.001