Categoría: Publicaciones destacadas
Publicado: Lunes, 23 Noviembre 2026 12:00
Escrito por: Sofia
Visitas: 26

Este trabajo pone en discusión está teoría, en una cohorte grande y con mediciones seriadas de prolactina.

Hiperprolactinemia funcional e hipotiroidismo primario subclínico: ¿mito o realidad en la práctica clínica?

Functional hyperprolactinemia and subclinical primary hypothyroidism: myth or reality in clinical practice?

Filippo Ceccato y col. Journal of Endocrinological Investigation, 2026.

Disculpe, su navegador no soporta audio.
Descargar podcast: Hiperprolactinemia funcional e hipotiroidismo primario subclínico: ¿mito o realidad en la práctica clínica?

Puntos de interés: Este trabajo investiga la relación entre prolactina y tirotrofina (TSH) en una cohorte de pacientes estudiados por síntomas de hiperprolactinemia.

Resumen:

Contexto: La hiperprolactinemia es una condición clínica frecuente que puede tener diferentes etiologías. Aunque el hipotiroidismo primario suele considerarse una de las principales causas de hiperprolactinemia leve, la evidencia que respalda esta asociación es limitada y, a menudo, se basa en estudios pequeños que utilizan una única medición de prolactina (PRL), especialmente en los casos de hipotiroidismo subclínico.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de disfunción tiroidea en pacientes estudiados por hiperprolactinemia funcional.

Pacientes y métodos: Este estudio retrospectivo incluyó pacientes sometidos a un muestreo de prolactina con cánula (tres determinaciones) y a una evaluación de la función tiroidea entre enero de 2013 y mayo de 2024, en el Hospital Universitario de Padua. Los pacientes fueron estratificados según el grado de elevación de la PRL y los niveles de TSH. Se excluyeron aquellos con adenoma hipofisario secretor de prolactina e hiperprolactinemia inducida por medicamentos.

Phoca PDF

Categoría: Publicaciones destacadas
Publicado: Lunes, 23 Noviembre 2026 12:00
Escrito por: Sofia
Visitas: 26

Resultados: De los 292 pacientes con datos disponibles, 229 cumplieron los criterios de inclusión. **Se confirmó hiperprolactinemia en 89 de los 229 pacientes (39%).**

Entre ellos, el 26 % presentó niveles elevados de TSH, en comparación con el 16 % del grupo con normoprolactinemia (p = 0,083).

Los niveles de PRL obtenidos mediante las muestras seriadas con cánula, así como sus valores medios, no fueron significativamente superiores en los pacientes con hipotiroidismo.

No se observó una correlación significativa entre los niveles de TSH y PRL (rho de Spearman = 0,053; p = 0,428). La ausencia de asociación entre los niveles de TSH y PRL también se confirmó mediante un análisis de subgrupos en mujeres en edad reproductiva.

Conclusión: Estos hallazgos sugieren que el hipotiroidismo subclínico es frecuente en los pacientes evaluados por hiperprolactinemia. Un aumento leve de la TSH no debería retrasar el estudio diagnóstico de la hiperprolactinemia, debido a la baja probabilidad de que la disfunción tiroidea sea la causa de la elevación de prolactina (hiperPRL).

Puntos a destacar:

- Todos los pacientes contaban con una medición previa al inicio del estudio de PRL elevada, solicitada por un cuadro clínico compatible con hiperprolactinemia (en mujeres: trastorno del ciclo menstrual, amenorrea, galactorrea, síndrome ovárico poliendócrino metabólico-SOPM- anteriormente Síndrome de poliquistosis ovárica-SOP- y en hombres disfunción eréctil, pérdida de la libido y/o ginecomastia).
- Se realizó el muestreo de PRL con cánula para evitar la hiperPRL relacionada con el estrés de la venopuntura. Luego de colocar la cánula las muestras de sangre se obtuvieron a los 20, 50 y 80 minutos.
- Se consideró hiperPRL cuando el valor de PRL de la última muestra
- La PRL fue medida por electroquimioluminiscencia (ECLIA, Elecsys) utilizando
- Se dividió a los pacientes en 2 grupos según su nivel de TSH. Un grupo con TSH normal entre 0.4 y 4 mUI/L y el otro con hipotiroidismo subclínico con valores de TSH entre 4 y 10 mUI/L. Se evaluó también la historia previa de enfermedad tiroidea (ej Tiroiditis de Hashimoto).
- Criterios de exclusión: Prolactinoma y otras lesiones hipotálamo-

Phoca PDF

hipofisarias, hipotiroidismo secundario, hipertiroidismo, insuficiencia renal o hepática, hiperprolactinemia inducida por drogas, macroprolactinemia, embarazo y lactancia, TSH mayor a 10 mUI/L.

- Tanto la edad, el género y los niveles de T4L fueron similares entre los pacientes con o sin hiperprolactinemia. En ambos casos
- En el análisis inicial
- Estos
- Una posible explicación de estos ha
- Fortaleza del trabajo:
- Limitación principal: diseño retrospectivo.

Copyright 2026. Endoweb.net

Phoca PDF