



## Un caso de galactorrea psicógena sin hiperprolactinemia o síndrome de Nunes

J. TOLL CLAVERO, R. FUSTÉ I VALLVERDÚ\*, R. GUTIÉRREZ NOGUERA\*\*,  
N. REDONDO GUITARTE\*\*\*

Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
\*Doctor en Medicina y Cirugía. Médico General de Atención Primaria. Especialista  
en Psiquiatría. \*\*Licenciada en Psicología (clínica). \*\*\*Diplomada en Enfermería.  
EAP Mn. Jaume Soler. Cornellà de Llobregat. Barcelona

### RESUMEN

Diversos estudios han evidenciado la existencia de factores psicológicos que juegan un papel clave en muchos casos de mujeres que padecen hiperprolactinemia, galactorrea o incluso prolactinoma (fenómeno conocido como síndrome de Nunes). Se han descrito vivencias infantiles que generan tales desórdenes somáticos: separación o ausencia del padre, o padre alcohólico y/o violento que favorecen una regresión infantil donde madre e hija recuperan una relación simbiótica maligna, simbolizada en la lactancia. La paciente aquí descrita presenta una galactorrea euprolactinémica, coincidente con el parto y lactancia de una amiga.

**Palabras clave:** Galactorrea. Trastornos neuróticos. Hiperprolactinemia.

### Psychogenic galactorrhea without hyperprolactinemia or Nune's syndrome

### ABSTRACT

Various studies have proven the existence of psychological factors which play an important role in many cases of women that suffer hyperprolactinemia, galactorrhea or even prolactinoma (phenomenon known as the Nunes syndrome). Childhood experiences have been described that generate somatic disorders: divorce or absence of the father, or an alcoholic or/and violent father inducing to infantile regression where the mother and daughter get back to a symbiotic hateful relation symbolized in the lactance period.

We present the case of a patient who manifests an euprolactinemia galactorrhea that coincides with the birth and lactance activities of a girlfriend of her.

**Key words:** Galactorrhea. Neurotic disorders. Hyperprolactinemia.

### INTRODUCCIÓN

La hiperprolactinemia patológica se ha visto asociada significativamente con deprivación parental en la infancia<sup>1,2</sup>, con depresión y con síntomas inespecíficos como obesidad y aumento de peso. El inicio de los síntomas a menudo sigue al embarazo o a una pérdida afectiva<sup>3</sup>. Un estudio<sup>1</sup> realizado con 101 mujeres afectas de hiperprolactinemia y/o galactorrea, evidenció que 51 de ellas fueron criadas sin sus padres y 18 con un padre alcohólico o violento. Las diferencias con la población control resultaron significativas. En estas mujeres se encon-

tró un aumento en la frecuencia de obesidad, cefaleas, frigidez, "frivolidad" y desarrollo de grasa abdominal, facial o de las extremidades. Hubo una correlación temporal significativa con desencadenantes externos en cuanto al inicio o exacerbación de los síntomas. Los resultados fueron extrapolables a pacientes con hiperprolactinoma, hiperprolactinemia idiopática y galactorrea euprolactinémica, apuntando a una etiología común para las tres entidades (llamadas en su conjunto síndrome de Nunes<sup>4</sup>). Los mismos autores<sup>5</sup> compararon un grupo de hermanas de pacientes con prolactinoma (generalmente expuestas a las mismas condiciones familiares que las

pacientes) con un grupo control que tuvieron una infancia normal. Las pacientes con privación parental infantil mostraron unos niveles de prolactina significativamente superiores al grupo control, así como mayor incidencia de hiperprolactinemia y de galactorrea. Sobrinho et al.<sup>1</sup> proponen que la prolactina, un antagonista de la insulina, tiene una función controladora del sobrepeso. También que la hiperprolactinemia y el incremento de la eficiencia metabólica forman parte de un sistema de mecanismos comportamentales y metabólicos interdependientes, necesarios para el embarazo y cuidado del recién nacido. Llamamos a este sistema, que funciona como un todo, "subrutina maternal". Un número importante de casos de hiperprolactinemia patológica serían debidos a la activación de este sistema no inducida por embarazo. También sería así en caso de pseudociesis y en modelos animales semejantes. Se ha visto que la mayoría de mujeres con hiperprolactinemia patológica desarrollan una relación simbiótica maligna con sus madres, en condiciones de ausencia, alcoholismo o devaluación del padre. Estas mujeres regresarían a estadios de desarrollo psicológico anteriores, hasta el punto de identificarse a la vez con la madre que da lactancia y con el bebé lactante, como se ha descrito en pacientes psicoanalizadas y en condiciones paradigmáticas de pseudociesis. El mismo autor<sup>6</sup>, expone que mujeres con hiperprolactinemia presentan a menudo problemas emocionales que persisten tras sucesivos tratamientos, a la vez que niveles altos hormonales. Explica que la prolactina actúa sobre el SNC y que las variaciones en su concentración afectan al estado de ánimo, las emociones y la conducta. Y que, incluso en ausencia de embarazo, la secreción de prolactina obedece a estímulos del entorno bajo condiciones específicas (maternidad subrogada y pseudociesis) donde respondería a la necesidad de cuidar al bebé. También observa que el inicio de la clínica de los prolactinomas ocurre a menudo tras sucesos vitales estresantes y en mujeres criadas bajo condiciones específicas, sugiriendo factores emocionales en su desarrollo. Existen casos individuales que obligan a considerar que las relaciones entre prolactina, emociones y sentimientos son circulares, de manera que la prolactina afecta al cerebro y al estado de ánimo y que, por otra parte, los rasgos de personalidad y los factores ambientales pueden estimular la secreción de prolactina y jugar un papel importante en la génesis de las enfermedades descritas.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Nuestra paciente es una mujer de 25 años, segunda hija tras un hermano varón 3 años mayor, soltera, que vive con sus padres y hermano. Tiene

estudios universitarios superiores y trabaja como encargada de personal en una empresa alimenticia con múltiples sucursales, donde empezó como dependiente.

La madre sufrió un episodio depresivo a los 17 años y otro reactivo a un aborto, previo a su primer embarazo a término. Se trata de una mujer inmadura, frígida, frustrada laboral y personalmente, sin apenas relación social, obsesivamente controladora de las actividades de su hija hasta el punto de intervenir a escondidas su diario personal o su cuenta bancaria. En un noviazgo de su hija previo al actual, llegó a hacerse "amiga íntima" de la madre del novio para interferir, y al final destruir manipulándola, dicha relación. El padre es un personaje ausente, emocionalmente "gris", dedicado únicamente a su trabajo y a sus relaciones sociales, suficientemente satisfactorios para él.

La paciente se describe como sociable, ambiciosa, activa, autoexigente y concienzuda, a la vez que sugestionable, "miedosa" y dependiente. Mantiene relaciones sociales satisfactorias y ha tenido dos relaciones afectivas con buena experiencia personal y sexual. Laboralmente se muestra segura pese a que su responsabilidad le supone mucho estrés, siendo muy apreciada por su rendimiento.

Psicológicamente puede definirse como una personalidad fóbica-dependiente, con un predominio de defensas contrafóbicas que esconden y se contraponen a su condición. De este modo, manifiesta sintomatología psicósomática preferente, que traduce a nivel orgánico lo que no muestra en el terreno psíquico y social donde aparece compensada y segura.

Psicopatológicamente y a lo largo del tiempo, ha presentado un episodio depresivo a los 11 años de meses de evolución, probablemente relacionado con la menarquia. Respondió a tratamiento con tricíclicos. A los 17 años, coincidiendo con un viaje al extranjero, sufrió un trastorno de angustia típico con gran componente vegetativo. Describe la situación como "necesidad de estar con alguien adulto". Fue tratada de nuevo con tricíclicos (amitriptilina), con éxito. Posteriormente ha mostrado sintomatología fóbica, menos crítica, en forma de disnea suspiriosa y llanto ocasionales. También son características temporadas de astenia e hipersomnia, especialmente en primavera. Las oscilaciones ponderales son asimismo frecuentes. Los ciclos menstruales siempre han sido normales tanto los espontáneos como con anticonceptivos.

Como antecedentes orgánicos, figura un ligero descenso habitual de TSH desde los 20 años, con T3 y T4 normales. Son habituales episodios de abdominalgias inespecíficas a la vez que dispepsia gástrica acompañada de vómito y pérdida sustancial de peso. Explorada mediante analíticas, TEGD, fibrogastroscofia y ecografía

abdominal, los hallazgos siempre han resultado negativos.

El episodio al que nos referimos se inició con una galactorrea bilateral acompañada de mastalgia de un mes de evolución, sin aparente relación con procesos patológicos, yatrógenos o ambientales. Existió un proceso breve similar un año antes, que coincidió con toma de antieméticos por dispepsia y que remitió al poco tiempo espontáneamente.

La exploración física fue en esta ocasión anodina a excepción de secreción mamaria bilateral tras expresión glandular, junto a hiperextensibilidad cutánea e hiperlaxitud articular. La ecografía mamaria ("disminución de la ecogeneidad correspondiente a proceso inflamatorio") así como un cultivo de la secreción, resultaron irrelevantes. Siguiendo un protocolo de actuación para estas patologías, se practicaron RX de cráneo, TAC cerebral, ecografía abdominal y ginecológica, frotis vaginal, prolactinemia y pruebas de función tiroidea, todo ello con resultado normal. Tratada con bromocriptina, la paciente no respondió a dos intentos terapéuticos. Más tarde cedió la sintomatología con lisurida.

Interrogada con mayor detenimiento reconoció una fuerte reacción emocional previa a la sintomatología, en relación con el parto y posterior lactancia de una amiga, vecina suya.

Posteriormente, solucionado el trastorno galactorreico, ha iniciado una sintomatología caracterizada por intensa pérdida de peso, vómito matutino que relaciona con presencia de mucosidad nasal y anorexia. No ha respondido por el momento a un tratamiento antidepressivo con ISRS. Psicosocialmente se enfrenta a una relación afectiva, en la que su pareja apremia a una pronta convivencia en común y a la maternidad. La paciente admite que no puede querer a la vez a su madre y a su pareja y que alterna periodos conflictivos con ambos.

## DISCUSIÓN

El síntoma galactorrea no parece ser motivo de consulta frecuente en Atención Primaria por lo menos en el ámbito urbano en el que la atención especializada a la mujer está cerca de las pacientes. La sospecha diagnóstica ha tenido lugar en Atención Primaria aunque su confirmación obedece al trabajo acordado con los profesionales de salud mental y ginecología.

El caso que exponemos abona la teoría de una relación simbiótica maligna madre-hija, que impide el normal desarrollo de las funciones propias de la vida adulta y la maternidad vivida como proceso natural. La sintomatología "psicosomática" esconde y disimula una incapacidad emocional para asumir roles adultos como mujer y como madre y el estancamiento en estadios infantiles de dependencia materna.

Presenta una hiperextensibilidad cutánea y una hiperlaxitud articular con tendencia a la subluxación, que Bulbena<sup>7</sup> relaciona con una forma minor del síndrome de Ehlers-Danlos asociada a trastorno de angustia.

El hecho de reconocer una fuerte reacción emocional previa a la sintomatología, en relación con el parto y posterior lactancia de una amiga, apoya la teoría de la relación simbiótica y regresiva de madre alimenticia e hija insatisfecha que hemos señalado.

### CORRESPONDENCIA:

Rafael Fusté i Vallverdú  
EAP Mn. Jaume Soler  
C/. Mn. Jaume Soler, 8  
08940- Cornellà de Llobregat  
Barcelona:  
e-mail jsoler@baixlc.scs.es  
Tf 93 376 03 62

## Bibliografía

1. Sobrinho LG, Almeida-Costa JM. Hyperprolactinaemia as a result of immaturity or regression: the concept of maternal subroutine. A new model of psychoendocrine interactions. *Psychoter Psychosom* 1992; 57 (3): 128-32.
2. Assies J, Vingerhoets AJ, Poppelaars A. Psychosocial aspects of hiperprolactinemia. *Psychoneuroendocrinology* 1992; 17 (6): 673-9.
3. Nunes MC, Sobrinho LG, Calhaz-Jorge C, Santos MA, Mauricio JC, Sousa MF. Psychosomatic factors in patients with prolactinemia and/or galactorrhea. *Obstet Gynecol* 1980; 55 (5): 591-5.
4. Cepicky P, Podouzek P. Pscycogenic galactorreha. Nunes syndrome. *Cesk Gynecol* 1987; 57 (2): 132-3.
5. Sobrinho LG, Nunes MC, Calhaz-Jorge C, Alfonso AM, Pereira MC, Santos MA. Hyperprolactinemia in women with paternal deprivation during childhood. *Obstet Gynecol* 1984; 64 (4): 465-8.
6. Sobrinho LG. Emotional aspects of hyperprolactinemia. *Psychoter Psychosom* 1998; 67 (3): 133-9.
7. Bulbena A, Martín-Santos R. Laxitud articular y transtorno de angustia. *Monografias de Psiquiatría* 1994; 6: 20-5.