Una ragazza con galattorrea e prolattina elevata

Data 22 gennaio 2026
Categoria endocrinologia

Come deve comportarsi un MMG di fronte a una paziente che lamenta galattorrea e ritardi mestruali?

Una ragazza di 24 anni si rivolge al medico curante perchè da qualche mese presente ritardi mestruali e secrezione lattiginosa dal capezzolo. Il medico prescrive il dosaggio della prolattina che risulta elevata e una risonanza magnetica con mezzo di contrasto per studio della sella turcica che evidenzia la presenza di una lesione sellare cistica di circa 16 mm, con parete che si impregna dopo contrasto. Il medico pone diagnosi di macroprolattinoma e richiede una valutazione endocrinologica. Tuttavia la paziente non riesce a ottenere la visita in tempi ragionevoli per le lunghe liste d'attesa. D'altra parte le sue condizioni economiche non le permettono di usufruire di una visita in regime libero-professionale.
Il medico curante si domanda: "In attesa della visita specialistica sono in grado di gestire questo caso?".
Di seguito suggeriamo uno schema pratico di comportamento.

Verificare i dati disponibili

1. Valore di prolattina (PRL): controllare se è realmente elevato: un valore >100–150 ng/mL fa sospettare prolattinoma; valori inferiori possono essere dovuti a cause secondarie.
2. Risonanza magnetica (RM) sellare: già eseguita, descrive una lesione cistica di 16 mm con parete che si impregna: compatibile con macroadenoma ipofisario.
3. Escludere cause secondarie di iperprolattinemia: farmaci (es. antidepressivi, antiemetici, neurolettici, metoclopramide, verapamil), ipotiroidismo primitivo (dosare TSH, FT4), insufficienza renale cronica, gravidanza (β-hCG). Se nessuna di queste condizioni è presente, la diagnosi di macroprolattinoma è probabile.

Valutazioneclinica

Il MMG deve verificare se ci sono segnali di urgenza endocrinologica o neuro-oftalmologica, che richiedono invio rapido in PS o contatto diretto con endocrinologo/neurochirurgo: cefalea intensa o ingravescente, disturbi visivi (offuscamento, visione sdoppiata, restringimento del campo visivo), sintomi neurologici focali, sintomi da insufficienza ipofisaria (astenia marcata, ipotensione, amenorrea, galattorrea abbondante)

Gestione in attesa della consulenza specialistica

Se la paziente è stabile, non presenta disturbi visivi o segni di compressione, il MMG può avviare un percorso prudente di monitoraggio e preparazione:
a. Esami di completamento: TSH, FT4, Cortisolo basale, ACTH, IGF-1 (per valutare eventuale secrezione mista GH/PRL), funzionalità renale ed epatica.
b. Educazione e counselling: spiegare alla paziente la natura benigna della lesione, ma anche l'importanza del follow-up specialistico, sottolineare che la terapia medica (agonisti dopaminergici) non va iniziata autonomamente, ma sotto controllo endocrinologico, perché richiede titolazione graduale e monitoraggio.
c. Priorità di accesso: il MMG può contattare direttamente (via telefono/email) il centro endocrinologico di riferimento o il servizio di endoscopia ipofisaria/neurochirurgia per segnalare il caso come "urgenza differibile, fornendo RM e referto.
d. Spiegare alla paziente cosa succederà dopo la visita specialistica: inizierà terapia con cabergolina (prima scelta, es. 0.25 mg 2 volte/settimana), oppure bromocriptina se non tollerata, controllerà prolattina e sintomi a 4–6 settimane, ripeterà RM a 6–12 mesi per valutare la riduzione volumetrica. La terapia può essere prolungata per anni, con follow-up regolare.

E se la paziente chiede di iniziare subito la terapia?

Teoricamente il medico potrebbe prescrivere subito la cabergolina, scelta di prima linea per i prolattinomi, anche macroprolattinomi. Il farmaco è altamente efficace, riduce rapidamente i livelli di prolattina e fa regredire la massa tumorale nel 70–90% dei casi. È ben tollerata nella maggior parte dei pazienti. Tuttavia ci sono delle considerazioni che, a nostro avviso, consigliano **prudenza** per l'effetto troppo rapido che la cabergolina potrebbe avere su una lesione voluminosa. Quando il tumore si riduce rapidamente, può verificarsi un'apoplessia ipofisaria (infarto o emorragia acuta della lesione), con cefalea violenta e deficit visivi improvvisi.
Oppure si può avere un collasso del chiasma ottico, con alterazioni del campo visivo.
In caso di macroadenoma cistico, la regressione del contenuto può comportare fuoriuscita di materiale necrotico o liquido e peggioramento acuto. Queste evenienze sono rare, ma richiedono monitoraggio specialistico e disponibilità di

RM e valutazione oftalmologica rapida — cose che in medicina generale non si possono garantire. Vi sono inoltre delle considerazioni di tipo medico-legale: se insorgessero complicanze (apoplessia, disturbi visivi), la responsabilità ricadrebbe totalmente sul medico prescrittore, anche se l'intento era corretto. Un MMG, pur esperto, potrebbe essere ritenuto dal giudice non in possesso di competenze prescrittive iniziali per terapie ormonali specialistiche in patologie tumorali ipofisarie, salvo protocolli condivisi. Per cui il nostro consiglio, nei casi in cui non si riesca a ottenere una consulenza specilistica in tempi accettabili, è quella di contattare direttamente il reparto di riferimento segnalando il caso per esempio con una e-mail da conservare nella cartella clinica della paziente.

RenatoRossi

Bibliografia

Linea guida ISS su terapia dei prolattinomi, 2022
www.associazionemediciendocrinologi.it/index.php/position-statement/position-statement-2022/4620-linea-guida-iss-su-terapia-dei-prolattinomi?