

Psicodinâmica de doentes com galactorreia com e sem tumor da hipófise

L. G. SOBRINHO, J. F. SOUSA
E. F. HENRIQUES, M. C. SILVA
M. J. MATOS, A. GRILO, M. A. SANTOS*

Os adenomas da hipófise produtores de prolactina não se comportam como verdadeiramente autónomos. A existência de várias anomalias no sistema hipotálamo-hipófise dos doentes portadores desta situação sugere que estes tumores sejam secundários a uma disfunção do sistema nervoso central (Lachelin, Abu-Fadil e Yen, 1977). A etiologia desta disfunção é desconhecida. Há indícios de que a galactorreia não puerperal possa ser desencadeada por estímulos emocionais (Aruffo, 1971; Lambert-Netter e Netter, 1975; Zacur, Chapanis, Lake, Ziegler e Tyson, 1976). O facto deste fenómeno surgir tanto em doentes com ou sem tumor hipofisário levou alguns autores (Lambert-Netter *et al.*, 1975; Zacur *et al.*, 1976) a proporem que um estímulo anormal mantido no hipotálamo sobre a hipófise pudesse eventualmente conduzir ao desenvolvimento de verdadeiros tumores.

Embora as evidências que apoiam esta afirmação sejam dispersas e traduzam mais a intuição dos clínicos do que o resultado de estudos cientificamente controlados, merecem, apesar de tudo, consideração. Na Consulta de Endocrinologia do Instituto Português de Oncologia colhemos durante anos a impressão de

que as doentes com galactorreia tinham traços de personalidade semelhantes. Mais ainda, os sintomas apareciam frequentemente após um factor emocional precipitante. A presente investigação é o relatório de um estudo sistemático levado a cabo por um endocrinologista, dois psicoterapeutas, uma psicóloga e uma assistente social, planeado para avaliar a psicodinamia de 19 doentes consecutivas com galactorreia, sete das quais com evidência de tumor hipofisário.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram estudadas dezanove doentes não seleccionadas com galactorreia, na Consulta de Endocrinologia do Instituto Português de Oncologia. O estudo incluiu uma história clínica completa e exame objectivo, valores de concentração no soro de T_4 , T_3 , uptake de T_3 in vitro e prolactina (3 bases). Esta foi doseada por um método radimunológico usando o kit da CEA-IRE-Sorin. Os resultados são expressos em ng/ml do NIH-V-L-S n.º 1 (valores normais no laboratório 3 - 18 ng/ml).

Foram feitas fundoscopia, campimetria, bem como tomogramas frontais e laterais da sela turca.

Sete doentes mostraram evidência radiológica de tumor da hipófise. Nestas doentes foram feitos estudos adicionais — hipoglicémia induzida pela insulina (15 mU/kg) para o doseamento do cortisol no soro, hormona de crescimento e prolactina e estimulação conjunta

* Consulta de Endocrinologia e Laboratório de Endocrinologia do Instituto Português de Oncologia Dr. Francisco Gentil, Palhavã, Lisboa, e Serviço de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Lisboa.

com TRH (400 ug) e LRH (50 ug) para o estudo da TSH, LH e FSH e prolactina. Nalgumas destas doentes foram feitas pneumoencefalografia, angiografia cerebral e flebografia da órbita com visualização dos seios cavernosos.

Depois da primeira consulta e antes da maioria destes exames, todas as doentes foram entrevistadas durante cerca de uma hora por um grupanalista (J. F. S.) num grupo que incluía um psiquiatra em treino psicanalítico (M. C. S.), três endocrinologistas, um dos quais com uma grupanalise completa (L. G. S.) e uma assistente social. O grupo funcionou duas vezes por semana durante dois anos, 1974-1976, e também entrevistou doentes com outros tipos de problemas não relevantes para este estudo.

Depois da entrevista a situação era discutida pelo grupo. Foram tomadas notas no decurso da entrevista e da discussão. As doentes foram entrevistadas pelo menos uma vez mais individualmente e a maioria delas foram seguidas periodicamente por um de nós (L. G. S.) por mais de três anos.

Em todas as doentes com evidência radiológica de tumor da hipófise foram feitos também testes psicométricos no Serviço de Psiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa por uma psicóloga (A. G.) que não tinha tido contactos prévios com as doentes. Os testes incluíram a escala de inteligência Wechsler-Bellevue, Rorschach e testes de frustração de Rosenzweig.

RESULTADOS

Os resultados dos exames endócrinos não são de uma importância primordial para o trabalho em questão, pelo que não serão mencionados. Todas as doentes entrevistadas tinham personalidades altamente dependentes e imaturas. Para simplificar, apenas serão apresentados os sumários das histórias clínicas das doentes com evidência de tumor.

CASOS CLÍNICOS

1. Nascida em 1951, viveu os primeiros três meses no campo, com o pai, duas irmãs mais velhas e a avó. Nesta altura a família mudou-se para Lisboa. Uma das irmãs ficou com a avó e a outra foi para um colégio distante. Desde então teve apenas contactos esporádicos com elas. A mãe é descrita como seca e distante. O

pai era alcoólico e violento. Havia brigas frequentes entre os pais e por vezes o pai também lhe batia. «Não paravam de discutir, mesmo na cama». Relaciona isto com o seu gosto actual pelo sossego e tranquilidade e com o facto das cefaleias, que tem desde os 17 anos, serem desencadeadas pelos barulhos. Menarca aos nove anos. Desconhecia o que isso era e na altura foi informada por colegas da escola. Aos 13 anos, quando era aprendiz de costura, sentiu-se atraída por um rapaz mas nunca chegou a falar com ele, nem ele tomou conhecimento deste facto. Passado algum tempo namorou um outro rapaz, filho único «de uma família boa e pacífica, muito diferente da minha».

Um ano depois, o namorado faleceu subitamente por acidente de automóvel. Os períodos menstruais, que até aí eram regulares, desapareceram, ficando amenorreica desde então. Alguns meses depois notou o aparecimento de galactorreia abundante, espontânea e bilateral. Nos meses seguintes sentia-se «adoentada» e fazia visitas frequentes aos pais do falecido namorado. A certa altura estes convidaram-na para viver com eles, o que aceitou.

Pouco tempo depois os pais da doente emigraram para França, país natal da mãe, e a doente foi praticamente adoptada pelos pais do rapaz. Esta mudança para uma nova família constituiu um marco importante de alteração da sua vida. Sentiu-se muito feliz com «uma nova vida muito pacífica e tranquila». A mãe adoptiva era muito cuidadosa com a alimentação da doente (assunto que nunca tinha preocupado a mãe, segundo diz) e do seu bem-estar. Durante o primeiro ano aumentou 34 kg de peso. O pai adoptivo era um homem de idade cuja presença em casa era praticamente ignorada. Aos 17 anos sentiu-se de novo atraída pelo mesmo rapaz que tinha conhecido outrora. Viveu um romance apenas na sua imaginação, olhando pela janela para o café onde ele costumava ir e frequentando festas onde julgava que ele ia. Entretanto mantinha-se a amenorreia, a galactorreia e a obesidade. Aos 18 anos deu entrada num hospital devido a cefaleias graves, com suspeita de meningite. Teve alta dois

dias depois após uma punção lombar. O rapaz tinha-se casado pouco antes. Aos 23 anos foi enviada à Consulta de Endocrinologia do Instituto Português de Oncologia. Foi-lhe encontrado um grande aumento, em balão, da sela turca. A pneumoencefalografia não mostrou extensão supra-selar. A doente foi submetida a uma hipofisectomia transfenoidal em Setembro de 1974. Foi ressecado um adenoma cromóforo invadindo o seio esfenoidal.

A galactorreia desapareceu e teve três períodos menstruais espontâneos, espaçados de seis meses após a intervenção. As cefaleias desapareceram. Um ano e meio após a intervenção entrou de novo em amenorria e com colostro à expressão dos mamilos. Os valores de prolactina (que não tinham sido obtidos antes do acto cirúrgico) eram à volta de 87 ng/ml. A distância, frieza e ausência de ansiedade desta doente são marcantes. Os sintomas e acontecimentos (que parecem ser vividos como perdas) são por ela relacionados apenas cronologicamente.

Um ano após a intervenção vem à consulta, queixando-se de cefaleias graves. Não foi detectado qualquer acontecimento relevante durante uma entrevista prolongada. Posteriormente, num outro contexto, veio a esclarecer-se que antes das cefaleias começarem o pai adoptivo tinha desaparecido de casa. Foi encontrado cinco dias mais tarde em coma num hospital, onde veio a falecer.

A doente fez o seguinte comentário com um ar satisfeito: «Fui eu quem fez todas as buscas. Cheguei mesmo a travar amizades com algumas pessoas do Banco.»

Não voltou à consulta durante cerca de um ano. Nessa altura, portanto cerca de três anos após a intervenção, voltou queixando-se desde há um ou dois meses de perturbações crepusculares da consciência (encontra-se em locais para onde não pensava ir e sem se lembrar como lá foi ter, vai fazer a cama e desmancha-a) e muito «esquecida». Raras cefaleias, mantém a amenorria, a galactorreia e a obesidade. O problema está actualmente em reavaliação.

2. Nascida em 1956. Vive, desde a infância, uma relação simbiótica com a mãe. Ainda hoje (21 anos) a mãe a vai pôr na cama e faz-lhe companhia até ela adormecer. Se assim não fizer, a doente tem «pensamentos horríveis tais como tremores de terra» e «o fim do mundo». Nunca namorou ou teve alguma relação significativa fora do círculo familiar. No entanto é uma rapariga agradável e socialmente integrada. Trabalha num escritório e guia o seu carro.

O pai é descrito como uma pessoa ausente e sem importância que gasta a maior parte do tempo a trabalhar e em casa apenas vê televisão. Menarca aos 16 anos. Teve apenas um período menstrual espontâneo. Cefaleias frontais acentuadas que surgiram na véspera da menarca. A partir de então, amenorria e galactorreia.

Um ano após a menarca, morte do único irmão na guerra em África. As cefaleias agravaram-se. As suas descrições da vida em família, quer antes quer depois da morte do irmão, são muito pobres. «A vida é muito sossegada», «trabalhamos». Parece que a doente organizou toda a sua vida à volta dos estudos e do emprego, mas não faz quaisquer projectos de ordem afectiva ou profissional. Aos 18 anos foi-lhe diagnosticado um tumor da hipófise e foi internada no Instituto Português de Oncologia. Disse mais tarde que esperava uma disciplina severa e horários rígidos no hospital. Foi uma surpresa agradável descobrir que não era assim. Durante a sua estada no hospital travou amizade com duas outras raparigas com problemas semelhantes (doentes 1 e 6). A equipa médica teve o sentimento de ela se ter relacionado pela primeira vez com alguém para além de si mesma. Foi feita a indicação da intervenção cirúrgica mas a doente recusou. Depois da alta do hospital, as cefaleias tornaram-se ligeiras. Desapareceu a galactorreia. Alguns meses depois teve quatro períodos menstruais regulares espontâneos. No entanto, sendo uma pessoa ligeiramente obesa até então, começou progressivamente a aumentar de peso. Os valores da prolactina (na altura em que tinha períodos menstruais) eram à volta de 6600 ng/ml. Even-

tualmente as cefaleias, a amenorreia e a galactorreia reapareceram. Foi medicada com Bromocriptina, 2,5 mg, três vezes/dia durante 2,5 meses. Os valores da prolactina baixaram para uma média de 300 ng/ml mas não teve períodos menstruais. Manifestou-se evidência radiográfica de progressão do tumor sem extensão supra-selar. Foi submetida a hipofisectomia transfenoidal em Março de 1977. No acto operatório foi detectado que o tumor, em parte necrosado, tinha invadido o seio esfenoidal. Depois da intervenção os valores médios da prolactina passaram para 3800 ng/ml. Manteve-se a amenorreia e galactorreia no pós-operatório e o peso continuou a aumentar. As cefaleias são diminutas. Fez radiação externa pós-operatória — acelerador linear de 25 MeV — 400 rads.

Em fins de 1977 mantinha as mesmas queixas. Valores de prolactina de 3400 ng/ml.

3. Nascida em 1941, terceira de sete filhos. Viveu numa quinta até aos 14 anos. A mãe é descrita como uma mulher activa e enérgica. Conserva recordações agradáveis do pai, que era muito amigo dela, sentando-a no colo e contando-lhe histórias. Aos 7 anos é internada durante três anos num hospital por causa de uma osteomielite. Sente ainda hoje essa doença, como um castigo por ter desobedecido às ordens da mãe ao ter andado a brincar num ribeiro. Aos 9 anos, quando ainda internada no hospital, o pai emigrou para África, por razões económicas. Ao fim de três anos, deixou de escrever e a doente não teve mais qualquer notícia dele a não ser o conhecimento de que vive com uma mulher. Aos 14 anos saiu de casa para trabalhar como empregada doméstica. Aos 19 anos mudou-se para Lisboa acompanhada de uma irmã, tendo arranjado emprego como cozinheira. Casou aos 26 anos. Frigidez e grande receio de engravidar. O marido insiste com ela para terem um filho. Ela desejava, em primeiro lugar, conseguir arranjar casa própria e depois adiou a gravidez por recear que a criança fosse «anormal». Utiliza apenas contracepção mecânica. Em 1973 morre a mãe. Sentiu uma grande perda. Ainda hoje não consegue pensar nela

sem se sentir muito perturbada. A partir de então tem cefaleias acentuadas e amenorreia. Veio à Consulta de Endocrinologia em 1975 onde foi detectada galactorreia. Os valores de prolactina no soro rondavam os 30 ng/ml. A sela turca denotava a existência de um tumor da hipófise. Foi decidido esperar pela evolução subsequente antes de iniciar a terapêutica. A doente dá a impressão de estar muito deprimida sem investimento significativo no exterior. A relação com o marido parece ser assexual e indiferenciada.

Após dois anos de *follow-up* mantém-se com queixas dominantes de amenorreia, cefaleias e esvaimentos. Muita dificuldade de concentração. Pretende reformar-se por não se conseguir concentrar no trabalho, ter cefaleias, dores no corpo e sentir-se mal disposta. As prolactinas mantêm-se com valores à volta de 35 ng/ml.

Propôs-se tratamento com Bromocriptina, mas a doente recusou por «estar anémica e ter medo de engravidar». Toma por vezes Cicnor que lhe «fez bem por fazer vir a menstruação». A decisão de operar tem sido protegida por ser óbvio que o sofrimento da doente está mais relacionado com a sua depressão do que com a existência do tumor.

4. Nascida em 1946. O pai morreu «com uma dor na cabeça» no dia do seu terceiro aniversário. É quase tudo quanto consegue evocar da infância. Viveu com uma irmã, a mãe e uma avó. Menarca aos 15 anos. Oligomenorreia e cefaleias desde então. Casou aos 23 anos com um conterrâneo. As cefaleias agravaram-se, tornou-se amenorreica e aumentou 10 kg depois do casamento. Frigidez. Muito deprimida. O nível de comunicação é pobre em termos de emoções e conteúdo de ideias. Enviada à Consulta de Endocrinologia em 1975. Existência de colostro à expressão de ambos os mamilos. Sela turca muito deformada. Valores de prolactina à volta de 3500 ng/ml. A doente recusou ser operada. Iniciou uma psicoterapia de uma vez por semana com um de nós (M. C. S.). Comportou-se aparentemente de um modo muito passivo e obediente mas havia pouca comunicação

verbal e uma recusa sistemática de envolvimento emocional.

Após três meses sem resultados, não existia motivação quer do psicoterapeuta quer da doente para continuar o tratamento. Após um ano era evidente a progressão do tumor com maior erosão da parede posterior da sela turca e amputação do seio cavernoso esquerdo na flebografia. A doente continuou a recusar a operação. Iniciou tratamento com Bromoergocriptina 2,5 mg três vezes por dia. Após quatro meses tinha aumentado 4 kg. Os níveis da prolactina caíram para 300 ng/ml. As cefaleias e a galactorreia desapareceram. Mantém-se amenorreica. Relações sexuais com orgasmo pela primeira vez na vida após o início do tratamento.

5. Nascida em 1961. Viveu com os pais e seis irmãos mais novos. O pai «sofria do coração», tendo vários internamentos por essa causa. Muitas discussões em casa. O pai vinha muitas vezes tarde para casa, embriagado e batia na mãe. Costumava deitar cedo os irmãos e irmãs para fazer companhia à mãe e «protegê-la» do pai. Até hoje mantém uma relação quase simbiótica com a mãe. Menarca aos 11 anos, foi sentida como uma situação que precisava de internamento hospitalar. Casou aos 17 anos contra a vontade da mãe que a avisava das «saídas dele com outras raparigas» e «tu vês como o meu casamento foi infeliz». Durante o primeiro ano de casada manteve-se com o peso normal, tinha períodos menstruais regulares e relações sexuais orgásticas. Nessa altura tomou conhecimento de que o marido teria relações com outras mulheres. Surgiram desde então amenorreia e cefaleias. Aumentou 20 kg nos 2-3 anos seguintes. Tratada da infertilidade com gonadotrofinas hipofisárias, engravidou e deu à luz gémeos. Um deles morreu de sepsis com um mês. Galactorreia espontânea desde então. Enviada à Consulta de Endocrinologia por amenorreia, galactorreia e cefaleias. Os valores da prolactina eram à volta de 450 ng/ml. Sela turca em balão. Depois da entrevista foi acordada a sua entrada para um grupo de psicoterapia. O grupo era conduzido por um de nós (J. F. S.)

uma vez por semana. Abandonou o grupo após dois meses sem analisar a sua atitude. Durante a sua permanência no grupo não comunicava verbalmente, mesmo quando solicitada por outros membros do grupo. É vista periodicamente. Mantém as mesmas queixas.

6. Nascida em 1950. Fez um esforço evidente para tentar recordar-se da infância. O pai costumava vir embriagado para casa, batendo-lhe, bem como às duas irmãs e à mãe. Para além destes momentos é descrito como um bom homem, embora fraco. A mãe é descrita como uma mulher fria e distante e na opinião da doente seria «uma doida» por homens. Aos 12 anos saiu de casa para trabalhar como empregada doméstica. Ainda vive actualmente com a mesma família. Aos 18 anos começou a sair com um rapaz. Tiveram relações sexuais esporádicas. Pouco tempo depois tornou-se oligomenorreica. Depois dos 20 anos manifesta cefaleias, galactorreia e amenorreia. Aumentou 20 kg num ano. O namorado deixou-a quando ela tinha 21 anos. Aceita este facto como consequência da sua «incapacidade para ter filhos». Em 1975 veio à Consulta de Endocrinologia. Foi detectada uma sela turca em balão. Valores de prolactina de 37 ng/ml em média. Estava relutante em ser hipofisectomizada por receio de ficar «maluca». Por outro lado tinha receio de, não sendo tratada, a retensão dos períodos menstruais a pudesse tornar «maluca». Aceitava a hipofisectomia como uma solução mágica para retirar as «coisas más» de dentro dela. Foi decidido adiar a intervenção. Depois de ter alta (há dois anos), a doente não tem tido cefaleias e tem períodos menstruais regulares. O tumor estabilizou radiograficamente. Mantém a galactorreia e os valores de prolactina persistem à volta de 40 ng/ml.

7. Nascida em 1941 em Moçambique de um pai branco e mãe negra. O pai abandonou-a pouco tempo depois de ter nascido. A mãe morreu quando ela tinha 3 anos. Foi viver como pensionista numa escola religiosa, onde se recorda de ser tratada com grande crueldade

e discriminação. Aos 12 anos a mulher do pai teve conhecimento da sua existência e mandou-a para uma escola melhor, onde permaneceu até aos 19 anos. Nesta altura veio para Portugal com o pai, a madrasta e uma meia-irmã. Diz que a madrasta não gostava dela mas que a aceitava como um dever. Sente muita inveja da irmã. Empregou-se como técnica de laboratório e casou aos 30 anos. Aparentemente casou para ter alguém que funcionasse junto dela como mãe. Este objectivo não foi conseguido e o marido é descrito como insensível e brutal. É evidente, no entanto, que ela encara as relações sexuais como uma forma de brutalidade.

Nunca sentiu desejo sexual. Teve um filho após um ano. Menstruada durante os seis meses seguintes, está em amenorrea desde então. Nos três anos subsequentes aumentou 23 kg. Cefaleias. Veio à consulta em 1975, onde foi detectada galactorreia bilateral. Valores de prolactina cerca de 13 ng/ml. Tomogramas da sela turca evidenciam uma bolha posterior e inferior. Continua a ser seguida.

TESTES PSICOMÉTRICOS — Os resultados foram anormais em todas as doentes. Não foi encontrado padrão comum.

WECHSLER — Foram individualizados dois grupos de doentes: Grupo I com afasia latente e Grupo II com deterioração. Uma das doentes revelou ambas as anomalias. Os resultados dos *scatters* intra-individuais estão resumidos no quadro I.

RORSHARCH — As anomalias mais frequentemente encontradas foram (número de doentes afectadas/total):

Dificuldade de identificação 5/7; tensão entre o indivíduo e o ambiente 5/7; repressão da ansiedade 5/7; conflito Eu-agressividade 4/7; hipocondria relacionada com os órgãos genitais femininos 4/7; ansiedade acerca do futuro 4/7; frigidez narcísica 4/7; ansiedade acerca de capacidades próprias e profissionais 4/7.

ROSENZWEIG — Todas as doentes evidenciaram anomalias profundas. Não é possível representar o *scatter* dos resultados de uma forma sintética.

QUADRO I
SCATTER INTRA-INDIVIDUAL DO WECHSLER
(apenas valores negativos)

Doente N.º	GRUPO I (V < P)					
	V-P	DET.	I	CO	ALG	CU COMP
1	- 27		—	—		—
3	- 3		=			
4	- 4		=	—		
5	- 6	24%			=	—

Variação do Q.I.T. 77 - 79

Doente N.º	GRUPO II (V > P)				
	DET.	CO	ALG	A	LAC
2	0 %				—
6	34 %	—	—	=	
7	10 %			—	—

Variação do Q.I.T. 104 - 117

Abreviaturas: V - Testes verbais; P - Testes de *performance*; DET - Determinação; I - Informação; CO - Código; ALG - Algarismos; CU - Cubos; COMP - Completar figuras; A - Aritmética; LAC - *Arrangement d'images*; QIT - Quociente de inteligência total; — e = — um e dois desvios abaixo da média.

DISCUSSÃO

Devemos chamar a atenção para o facto de a população apresentada representar a totalidade das doentes suspeitas de tumor produtor de prolactina enviadas à Consulta de Endocrinologia do Instituto Português de Oncologia durante o curso de investigações, sem qualquer outro modo de selecção. As entrevistas com 19 doentes sugeriram fortemente uma impressão clínica sobre os seus casos, semelhante nas doentes com ou sem tumor da hipófise. Até à data, esta impressão tem apenas o valor de hipótese para ser elaborada em profundidade através de investigação analítica apropriada. Esta técnica, contudo, foi muito dificultada devido à estrutura de personalidade destas doentes e à ausência de motivação para uma psicoterapia profunda. Apenas uma das doentes não considerada no grupo das portadoras de tumor, mas fortemente suspeita (sela turca normal mas

prolactinas de 60 ng/ml) está a ser seguida há um ano em psicoterapia de grupo.

Especulamos, no contexto das relações de dependência que todas estas doentes manifestam, que esta falta de motivação esteja relacionada com dificuldade na elaboração da separação.

O síndrome amenorreia, galactorreia e aumento de peso pode encarar-se como desempenhando um papel na manutenção de um *status quo* emocional adaptativo: uma das doentes referidas (5), a única das descritas que iniciou psicoterapia de grupo, abandonou o grupo quando surgiu interesse em analisar a sua relação de dependência parasitária com a mãe. Foi mais tarde evidente que a indicação para psicoterapia provinha mais do entusiasmo do analista que da motivação da própria doente. No caso de outra doente em psicoterapia individual (4) foi decidido interromper após três meses sem progressos.

Do material colhido são aparentes dois aspectos comuns:

1. Relação com a mãe vivida de uma forma muito dependente com ou sem ambivalência manifesta, com um pai que é ausente ou ameaçador.
2. A coincidência entre o aparecimento dos sintomas e uma separação sentida como perda, como se os sintomas aparecessem em vez de sentimentos depressivos.

Nalgumas doentes os sintomas surgem claramente relacionados com a morte de um objecto de relação da infância (mãe, por exemplo). Noutras, o facto precipitante é constituído pela menarca, iniciação sexual, casamento ou nascimento de um filho, situações que, como é conhecido, são vividas como modificações na relação mãe-filha, implicando o luto das relações de dependência primitiva.

Pensamos que a resolução inadequada da relação oral precoce reforçando uma fixação pré-genital e prejudicando o processo de separação-individuação possa ter criado uma predisposição para reagir patologicamente à separa-

ção no decurso da vida. Esta reacção patológica, que inclui o sintoma galactorreia (frequentemente associado a amenorreia e aumento de peso), parece evidenciar uma regressão a uma forma de organização pré-genital. O valor simbólico desta regressão foi já bem caracterizado num caso publicado (Aruffo, 1971) em que a galactorreia aparece como meio de recuperar uma relação simbiótica narcísica da doente com a mãe, ou mais primitivamente, uma relação boca-mamilo. A galactorreia pode encarar-se como um processo de identificação regressiva com a mãe alimentadora, no qual a doente toma simultaneamente o papel da mãe-tratadora e da criança. Através deste mecanismo regressivo a doente não assume o seu papel feminino adulto. A amenorreia, sintoma frequentemente associado, pode ser pensada no mesmo contexto como uma recusa ao crescimento, evolução e aquisição da genitalidade.

É importante apontar que as doentes 1, 2 e 6 estiveram internadas simultaneamente no hospital e estabeleceram relações de amizade que persistem até hoje. Durante o internamento estiveram em contacto estreito entre elas e com a equipa médica e sentiram-se cometidas num projecto comum. As duas doentes, que não foram operadas na altura (2 e 6) tiveram remissões importantes dos sintomas depois da alta, sem qualquer espécie de terapêutica. A doente 6 deixou de ter cefaleias e passou a ter períodos menstruais regulares. A doente 2 teve alguns períodos menstruais e um desaparecimento temporário das cefaleias. Estes factos são marcantes se considerarmos que ambas tinham amenorreia de há largos anos e o reaparecimento da menstruação surgiu, apesar da persistência de valores previamente aumentados de prolactina. Contudo, ambas as doentes continuaram a aumentar de peso e na doente 2 evidenciou-se progressão radiográfica do tumor que conduziu à necessidade de hipofisectomia.

Pensamos, como hipótese explicativa, que a nova relação estabelecida pelas doentes no hospital foi de um tipo menos regressivo, com um investimento narcísico menor. Daí a melhoria dos sintomas.

Os testes psicométricos não aumentaram a compreensão psicodinâmica das doentes com tumor da hipófise. Contudo, nenhuma delas tinha extensão supra-selar do tumor e torna-se, portanto, pouco provável que a anomalia dos seus padrões possa explicar-se em termos de lesão intracraniana. Parece antes ser mais adequado pensar que os resultados dos testes reflectem as personalidades peculiares destas doentes.

A nossa pesquisa sugere que alguns dos síndromos de que faz parte a galactorreia são afecções psicossomáticas que surgem nalgumas mulheres imaturas e dependentes como alternativa para o luto de um objecto perdido, vivida de um modo regressivo a estádios precoces do desenvolvimento.

Neste contexto a perturbação somática surge como defesa contra uma mais ou menos perigosa desintegração da personalidade, provavelmente um estado psicótico. Nalguns casos a estimulação prolongada da hipófise conduz a verdadeiros tumores invasivos. A presente interpretação da história natural desta situação é consentânea com os seguintes factos:

1. Ausência de diferenças metabólicas consistentes entre doentes com «galactorreia idiopática» e doentes com tumor hipofisário (Jacobs, Franks, Murray, Hall, Steele e Nabarro, 1976; Gomez, Reyes e Fariman, 1977).
2. Tem sido descrita, em doentes com adenoma hipofisário produtor de prolactina, a existência de uma hiperplasia das células produtoras de prolactina no tecido hipofisário extratumoral (Kovacs, Corenblum, Sirek, Paaz e Ezrin, 1976; McKeel Jr. e Jacobs, 1977).
3. A persistência, em muitas doentes, de valores elevados de prolactina após adeno-mectomia selectiva (Turkington, 1972; Pallo, 1974; Jacobs, Franks, Murray, Hall, Steele e Nabarro, 1976; Chang, Keye, Young, Wilson e Jaffe, 1977; Guitelman, Aparício, Mancini, Encinas, Levalle e

Schally, 1977; Hardy, Beauregard e Robert, 1977).

4. A evolução de hiperplasia reactiva para adenoma autónomo está bem documentada em outras glândulas endócrinas, tais como a tiróide e paratiróide.

Recentemente foram descritos dois casos de adenomas hipofisários, invasivos, produtores de TSH em doentes com hipotiroidismo primário, não tratado, de longa evolução (Samaan, Osborne, Mackay, Leavens, Duello e Halmi, 1977).

Estão em curso mais investigações sobre as inter-relações entre a estrutura e funcionamento mentais, psicodinamicamente conceptualizados e o aparecimento e evolução dos sintomas nas doentes com galactorreia e/ou hiperprolactinémia.

SUMÁRIO

(1) A psicodinamia de 19 doentes com galactorreia foi avaliada através de entrevistas longas e repetidas, individuais e em grupo, por três pessoas com treino analítico (dois psicoterapeutas e um endocrinologista). (2) Destas doentes, sete tinham tumor da hipófise. Tiveram ainda estas doentes um estudo endócrino e radiográfico completo e uma avaliação psicométrica. (3) Encontrou-se em todas as dezanove doentes uma personalidade semelhante, dependente, com graves perturbações da relação simbiótica precoce com a mãe. (4) Os sintomas (galactorreia, frequentemente acompanhada de amenorreia e/ou aumento de peso e/ou cefaleias) são desencadeados por acontecimentos relevantes da vida pessoal e aparecem como uma alternativa para o luto de um objecto perdido, no contexto de uma regressão ou paragem de evolução num estádio precoce de desenvolvimento. (5) As doentes com tumor da hipófise tinham testes psicométricos anormais, embora nenhuma delas tivesse extensão supra-selar do tumor. (6) É posta a hipótese de que os tumores da hipófise, produtores de prolactina, são provocados por uma estimulação psicogénica crónica do eixo hipotálamo hipofisário.

SUMMARY

(1) The psychodynamics of nineteen consecutive patients with galactorrhea was assessed

by prolonged and repeated interviews, individually and in group, by three analytically trained persons (two psychotherapists and one endocrinologist).

(2) Seven of these patients had pituitary tumors. These patients had, besides a full endocrine and radiographic work-up, a psychometric evaluation.

(3) It was found that all the nineteen patients had similar dependent personalities with a grossly disturbed resolution of their early symbiotic relation with their mothers.

(4) The symptoms (galactorrhea, frequently accompanied by amenorrhea and/or weight gain and/or headaches) are triggered by significant events in the patient's life and appear as an alternative to the mourning of a lost object in the context of an earlier stage of the patient's own development.

(5) The patients with pituitary tumours had abnormal psychometric tests even though none of them had suprasellar extension of the tumor.

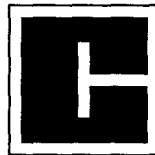
(6) It is assumed that the prolactin-producing pituitary tumors develop as a result of a chronic psychogenic stimulation of the pituitary.

REFERÊNCIAS

- ARUFFO, R. N. (1971) — «Lactation as a denial of separation», *Psychoanal. Q.*, 40:100-121.
- CHANG, R. J., KEYE Jr., W., YOUNG, J. R., WILSON, C. B. e JAFFE, R. B. (1977) — «Detection, evolution and treatment of pituitary microadenomas in patients with galactorrhea», *Am. J. Obst. Gyn.*, 128:356-363.
- GOMEZ, F., REYES, F. J. e FAIMAN, C. (1977) — «Non puerperal galactorrhea and hiperprolactinemia», *Am. J. Med.*, 62:648-660.
- GUITELMAN, A., APARÍCIO, N.Y., MANCINI, A., ENCINAS, M. T., LEVALLE, O. e SCHALLY, A.V. (1977) — «Correlation of serum prolactin and LH response to stimulation with LH-RH before and after extirpation of pituitary adenomas with clinical outcome», *J. Clin. End. Met.*, 45:810-813.
- HARDY, J., BEAUREGARD, H., ROBERT, F. (1977) — «Prolactin secreting pituitary adenomas; Transphenoidal microsurgical treatments», apresentado no International Symposium on Prolactin, Nice, França, Outubro de 1977.
- JACOBS, H. S., FRANKS, S., MURRAY, M. A. F., HALL, M. G. R., STULE, S. J. e NABARRO, J. D. N. (1976) — «Clinical and endocrine features of hiperprolactinemic patients», *Clin. Endocr.*, 5: 439-454.
- KOVACS, K., CORENBLUM, B., SIREK, A. M. T., PENZ, G. e EZRIN, C. (1976) — «Localization of prolactin in chromophobe pituitary adenomas: study of human necropsy material by immunoperoxidase technique», *J. Clin. Path.*, 29:250-258.
- LACHELIN, G. C. L., ABU-FADIL, S. e YEN, S. S. C. (1977) — «Functional delineation of hiperprolactinemic amenorrhea», *J. Clin. End. Met.*, 44:1163-1174.
- LAMBERT-NETTER, A. e NETTER, A. (1975) — «L'adenome hypophysaire a prolactine est-il dû a un trouble fonctionel hypothalamique? Hypothèse», *Rev. Franç. Endocrinol. Clin.*, 16:141-146.
- McKEEL Jr., D.W. e JACOBS, L. S. (1977) — «Non-adenomatous pituitary mamatroph hiperplasia in patients with pathologic hiperprolactinemia», The Endocr. Society 59th Ann. Mtg., Chicago, Illinois.
- PALLO, D. (1974) — *L'adenome a Prolactine*. Thèse. Grenoble, França, 152-156.
- SAMAAN, B. M., OSBORNE, MACKAY, B., LEAVENS, M. E., DUELLO, T. M. e HALMI, N. S. (1977) — «Endocrine and morphologic studies of pituitary adenomas secondary to primary hypothyroidism», *J. Clin. End. Met.*, 45:903-911.
- TURKINGTON, R.W. (1972) — «Secretion of prolactin by patients with pituitary and hypothalamic tumours», *J. Clin. End. Met.*, 34:159-164.
- ZACUR, H. A., CHAPANIS, N. P., LAKE, C. R., ZIEGLER, M. e TYSON, J. E. (1976) — «Galactorrhea-amenorrhea: Psychological interaction with neuroendocrine function», *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 125:859-862.

**Organização
Estudos econômicos
Formação de Pessoal
Marketing
Informática
Seleção de Pessoal**

**TEMOS 17 ANOS
DE EXPERIÊNCIA
E DE
INDEPENDÊNCIA
PARA LHE OFERECER**



CETEL

CENTRO DE ESTUDOS TÉCNICO-ECONÔMICOS