



Galactorreia induzida pela risperidona e paliperidona em idade pediátrica: avaliação do binómio risco/benefício da medicação (relato de caso)

Ana Sofia Nunes,¹ Ana Sá Rocha,² Francisco Fachado,³ Ana Antunes,⁴ Sandra Oliveira⁵

RESUMO

Introdução: A galactorreia é um sintoma raro na infância. O diagnóstico diferencial é vasto e é necessária uma investigação cuidada, através de uma história clínica detalhada e um exame objetivo adequado.

Descrição do caso: Criança de quatro anos do sexo masculino, com antecedentes de perturbação do comportamento e impulsividade (PCI), medicado com risperidona 0,20 mg/dia há quatro meses. Foi observado em consulta de doença aguda na sua Unidade de Saúde Familiar (USF) por apresentar corrimento mamilar bilateral esbranquiçado com cerca de uma semana de evolução, sem outra sintomatologia associada. Ao exame objetivo observou-se galactorreia bilateral, sem outras alterações. Solicitou-se estudo analítico (EA) que revelou aumento da prolactina e função tiroideia normal. Optou-se pela suspensão da terapêutica, repetição posterior do EA e referência para consulta de endocrinologia pediátrica (EP). Após duas semanas da suspensão do fármaco ficou assintomático e manteve-se em vigilância na USF. Em consulta de EP repetiu estudo analítico, que evidenciou valores normais de prolactina. Por manutenção da PCI iniciou paliperidona 3 mg/dia, mas quatro meses depois apresentou novamente galactorreia bilateral. Optou-se pelo incentivo à psicoeducação e suspensão da paliperidona.

Comentário: Os autores pretendem alertar que os fármacos antipsicóticos são uma das principais causas de galactorreia, incluindo em idade pediátrica. Apesar da existência de outros diagnósticos diferenciais com maior gravidade, a suspensão de fármacos predisponentes a alterações hormonais pode ser uma prova terapêutica válida, evitando numa primeira fase exames de imagem desnecessários.

Palavras-chave: Galactorreia; Fármacos antipsicóticos; Criança; Reação adversa medicamentosa; Relato de caso.

INTRODUÇÃO

A galactorreia é uma condição rara na infância.¹ O diagnóstico diferencial é vasto e é necessária uma investigação cuidada, mediante uma história clínica detalhada e um exame objetivo completo a fim de orientar corretamente o restante estudo etiológico e aferir a necessidade de instituir terapêutica.

A galactorreia manifesta-se habitualmente pela emissão de um líquido leitoso por ambos os mamilos. Pode ser provocada por hiperprolactinemia que, por sua vez, pode ser secundária a fármacos, adenomas da hipófise,

inibição dopaminérgica diminuída, neoplasias/doenças infiltrativas do hipotálamo, alterações endócrino-metabólicas ou outras patologias (Tabela 1).¹⁻²

Existem várias categorias de fármacos que podem provocar hiperprolactinemia (Tabela 2).²⁻³ Os antipsicóticos são a causa mais comum de hiperprolactinemia

1. Médica de Pediatria. Serviço de Pediatria, ULS de Braga, Braga, Portugal.

2. Médica de Medicina Geral e Familiar. USF do Minho, ULS de Braga, Braga, Portugal.

3. Médico de Medicina Geral e Familiar. USF do Minho, ULS de Braga, Braga, Portugal.

4. Médica de Pediatria. Unidade de Endocrinologia e Diabetologia Pediátrica, ULS de Braga, Braga, Portugal.

5. Médica de Medicina Geral e Familiar. USF do Minho, ULS de Braga, Braga, Portugal.



induzida por fármacos, aumentando a concentração sérica de prolactina nas horas seguintes à sua administração.²⁻³ Este aumento é variável e frequentemente atinge valores na faixa dos 25 a 100 ng/ml.² No entanto, após a utilização de alguns fármacos, incluindo a risperidona, podem-se observar valores séricos de prolactina na ordem dos 200 ng/ml.² A risperidona induz o maior aumento da concentração média de prolactina, seguida da paliperidona e da olanzapina.⁴ A concentração sérica de prolactina pode retornar aos níveis basais em dois a quatro dias após a cessação da terapêutica crônica.^{2,5}

A risperidona é um dos antipsicóticos mais usados em idade pediátrica, dada a sua eficácia clínica bem estabelecida e o baixo risco de efeitos adversos neurológicos, quando comparada a outros antipsicóticos.⁶ Entre outras situações, é utilizada para o tratamento de comportamento disruptivo.⁷ Para além de hiperprolactinemia induzida pela risperidona se poder manifestar como galactorreia, também se pode observar ginecomastia, amenorreia, hirsutismo, entre outras.⁸

Com este relato de caso, os autores relembram que a suspensão de fármacos predisponentes à hiperprolactinemia pode ser uma prova terapêutica válida antes da realização de exames de imagem com radiação, sobretudo em idade pediátrica. Para além disso, destaca-se a importância da medicina geral e familiar (MGF) na articulação célere entre os cuidados de saúde primários (CSP) e as especialidades hospitalares, bem como na gestão e vigilância destes casos até à consulta hospitalar.

DESCRIÇÃO DO CASO

Criança de quatro anos, do sexo masculino, pertencente a uma família monoparental, classe III na escala de *Graffar*. Apresentava antecedentes pessoais de perturbação do comportamento e impulsividade, motivo pelo qual era seguido em consulta de pedopsiquiatria e estava medicado com risperidona 0,20 mg/dia há quatro meses. Não apresentava alergias medicamentosas, alimentares ou outras conhecidas.

Foi observado em consulta de doença aguda na sua Unidade de Saúde Familiar (USF) por apresentar corrimento mamilar bilateral esbranquiçado com cerca de uma semana de evolução, sem outra sintomatologia associada.

TABELA 1. Causas de hiperprolactinemia⁹

Fisiológicas

Gravidez e amamentação
Exercício físico
Sono
Stress

Farmacológicas

Antipsicóticos
Antidepressivos
Antieméticos
Anti-hipertensores
Opioides

Patológicas

Compressão/lesão da haste hipotálamo-hipofisária

Granulomas
Infiltrações
Irradiação
Quisto de Rathke
Trauma (secção da haste hipofisária, cirurgia supraselar)
Tumores (craniofaringioma, germinoma, meningioma, extensão supraselar de massa hipofisária, metástases hipotalâmicas)

Hipófise

Acromegalia
Hipofisite linfocítica ou massa parasselar
Macroadenoma
Macroprolactinemia
Adenoma pluri-hormonal
Prolactinoma
Cirurgia
Trauma
Idiopático

Doenças sistémicas

Trauma ou cirurgia torácica, herpes zoster
Insuficiência renal crónica
Cirrose
Radioterapia cefálica
Convulsões
Síndrome do ovário poliquístico
Pseudociese

TABELA 2. Fármacos associados a hiperprolactinemia^{2-3,9}

	Fármacos	Mecanismo de ação
Antipsicóticos de 1. ^a geração	Haloperidol, flufenazina, clorpromazina, loxapina, perfenazina, pimozida, tiotixene, trifluoperazina	Inibição da recaptação da dopamina por bloqueio do recetor D ₂ da dopamina no sistema tuberoinfundibular do hipotálamo
Antipsicóticos de 2. ^a geração	Risperidona, paliperidona, asenapina, olanzapina, aripiprazole, quetiapina, ziprasidona, clozapina, iloperidona, lurasidona	Inibição da recaptação da dopamina por bloqueio do recetor D ₂ da dopamina
Antidepressivos	Clomipramina, amitriptilina, desipramina	Possivelmente por estimulação GABA e modulação indireta da prolactina pela serotonina
	Citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina	Possivelmente por estimulação GABA e modulação indireta da prolactina pela serotonina
Antieméticos	Metoclopramida, domperidona, proclorperazina	Bloqueio do recetor D ₂ da dopamina
Anti-hipertensores	Verapamil, metildopa	Aumento da inibição da produção central de dopamina Verapamil: pode envolver a inibição do influxo de cálcio dos neurónios dopaminérgicos do sistema tuberoinfundibular do hipotálamo Metildopa: diminuição da conversão de L-dopa em dopamina; supressão da síntese de dopamina
Opioides	Metadona, morfina	Potencialmente um efeito indireto da ativação do recetor de opioides μ

Ao exame objetivo, a criança apresentava-se hemodinamicamente estável e apirética. Observou-se galactorreia bilateral após expressão mamilar (Figura 1). Não apresentava glândulas mamárias palpáveis nem se identificavam massas, adenomegalias ou outras alterações. Constatados genitais pré-púberes (testículos com dois mililitros de volume) e estadio de *Tanner* 1. No exame neurológico foi possível apurar que a criança apresentava pupilas isocóricas e isorreáticas e movimentos oculares coordenados em todas as direções. A força muscular estava preservada na face, nos membros superiores e nos membros inferiores. A criança apresentava marcha sem ataxia ou outras alterações. O restante exame neurológico não foi avaliado por ausência de colaboração da criança.

Solicitou-se um estudo analítico (EA), que revelou aumento da prolactina e função tiroideia normal (Tabela 3). Após discussão telefónica com endocrinologia pediátrica (EP) e pedopsiquiatria optou-se pela sus-

penção da terapêutica, repetição posterior do EA e referenciação para consulta de EP com vigilância pela MGF até à data do agendamento. Após duas semanas da suspensão do fármaco ficou assintomático. Repetiu o EA cerca de seis semanas depois, apresentando diminuição dos níveis de prolactina para valores considerados normais (Tabela 3).

Foi avaliado regularmente na sua USF e manteve-se sem alterações ao exame objetivo nas consultas de reavaliação.

Cinco meses após o contacto telefónico foi observado em consulta de EP, não se identificando galactorreia, mas constatando-se hiperatividade e impulsividade, à data não medicado.

Em consulta de pedopsiquiatria reintroduziu terapêutica antipsicótica com paliperidona 3 mg/dia, dada a manutenção das queixas comportamentais. Contudo, em consulta de reavaliação quatro meses depois voltou a verificar-se hiperprolactinemia e galactorreia,



TABELA 3. Estudo analítico realizado

Parâmetros analíticos	Sob risperidona 0,20 mg/dia há 4 meses	Após 6 semanas da suspensão da risperidona 0,20 mg/dia	Após introdução de paliperidona 3 mg/dia há 4 meses
Prolactina (Ref. 4,04-15,2ng/mL*)	70,3	9,3	83,56
TSH (Ref. 0,7-5,97mUI/L**)	1,817	3,244	3,045
T4 livre (Ref. 0,85-1,75ng/dL**)	1,03	1,07	1,07
Hemoglobina (Ref. >11,5g/dL*)	11,8	12,2	11,9
Leucócitos (Ref. 5.000-15.500/uL*)	7.750	9.870	9.600
Neutrófilos (Ref. 1.500-8.500/uL*)	5.570	3.830	5.200
Linfócitos (Ref. 2.000-8.000/uL*)	1.650	5.280	3.600
Plaquetas (Ref. 150.000-350.000/uL*)	217.000	289.000	250.000
Ureia (Ref. 9-22,1mg/dL*)	50	29	-
Creatinina (Ref. 0,20-0,43mg/dL*)	0,41	0,46	0,4
Sódio (Ref. 135-142mmol/L*)	137	140	138
Potássio (Ref. 3,9-4,6mmol/L*)	4	4,2	4,5
Cloretos (Ref. 101-107mmol/L*)	104	106	105
Aspartato aminotransferase (Ref. 9-25 U/L*)	36	41	33
Alanina aminotransferase (Ref. 21-44 U/L*)	20	18	17

* Intervalo de referência para a idade e sexo segundo *Endocrinology Expected Values & S.I. Unit Conversion Tables* (2021).¹⁶

** Intervalo de referência para idade e sexo segundo *The Harriet Lane Handbook* (2023).¹⁷

suspendendo novamente a medicação, optando-se pelo incentivo à psicoeducação sem outras medidas farmacológicas (Figura 2).

COMENTÁRIO

A galactorreia é um sinal raro na infância e é uma das

manifestações clínicas da elevação do valor sérico de prolactina acima do limite superior da normalidade. O diagnóstico diferencial das entidades que cursam com hiperprolactinemia é vasto, podendo dividir-se em três categorias principais: fisiológicas, farmacológicas e patológicas (Tabela 1).⁹



Figura 1. Evidência de galactorreia bilateral.

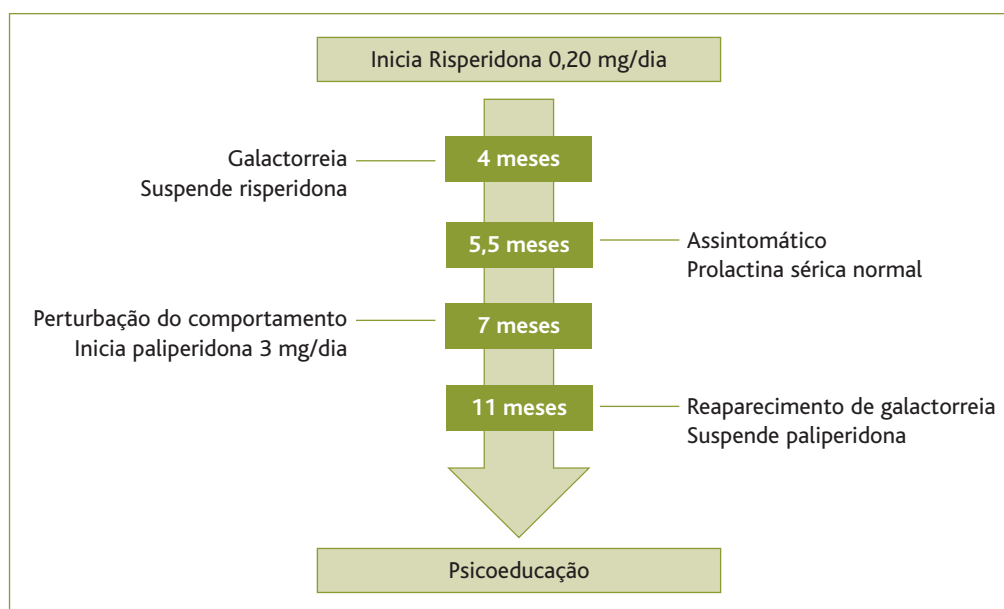


Figura 2. Timeline do caso clínico.

O sono, o *stress*, o exercício físico, a gravidez e o período de amamentação são causas de elevação fisiológica da prolactina.^{2,9} Os níveis de prolactina são controlados pelo ritmo circadiano, apresentando valores mais elevados durante a noite, induzindo o sono

do tipo *rapid eye movement* (REM).¹⁰⁻¹¹ A privação de sono ou alguns distúrbios do sono podem impactar negativamente os níveis de prolactina.¹¹ O *stress* físico, o *stress* emocional e o exercício físico vigoroso provocam incrementos dos níveis de prolactina de forma



temporária.¹² No contexto da gravidez, a prolactina aumenta progressivamente ao longo da gestação, sendo posteriormente essencial para a produção de leite durante a amamentação. Conseqüentemente, a ampla variação fisiológica dos níveis de prolactina dificulta o estabelecimento de um consenso sobre os níveis basais considerados normais.

Os antipsicóticos são a classe de fármacos mais frequentemente envolvida na galactorreia induzida por fármacos.² A hiperprolactinemia induzida pela risperidona ocorre por bloqueio dos receptores de dopamina D2 na hipófise anterior, abolindo o efeito inibitório da dopamina sobre a prolactina.³ A incidência de hiperprolactinemia é mais elevada nos primeiros doze meses após a introdução da risperidona.⁶ Para além disso, após a introdução deste fármaco, mais de 70% das crianças e adolescentes desenvolvem aumento dos níveis basais da prolactina e mais de 30% mantêm-no após um ano de uso contínuo da medicação.⁶ Apesar da evidência ser contraditória, a hiperprolactinemia induzida pela risperidona pode estar associada a múltiplas complicações, entre as quais, cardiovasculares, psiquiátricas (ansiedade, depressão, doenças psicóticas, entre outras), imunossupressão, tumores mamários e adenomas da hipófise.⁶

As manifestações clínicas da hiperprolactinemia variam de acordo com o sexo e idade do indivíduo. Os efeitos da hiperprolactinemia são particularmente relevantes em idade pós-pubertária, porque frequentemente estes indivíduos apresentam sintomas relacionados com disfunção sexual e/ou reprodutiva.⁶ No sexo feminino podem surgir queixas de oligomenorreia, amenorreia, galactorreia e infertilidade; no sexo masculino podem surgir queixas de ginecomastia, galactorreia, disfunção erétil, diminuição da libido e infertilidade.^{6,9,13} Assim, na anamnese é importante rever o uso de medicação recente, caracterizar todos os sinais e sintomas e a sua evolução e, em particular no sexo feminino, detalhar o ciclo menstrual. No exame objetivo é necessário avaliar a somatometria, a desproporcionalidade dos segmentos corporais, a atrofia muscular, a palpação das glândulas mamárias e da glândula tireoide, a galactorreia, a ginecomastia, o estadió de *Tanner*, as alterações da voz, a pilosidade, as alterações cutâneas, a palpação abdominal e o exame neurológico completo (incluindo campos visuais). Perante a obser-

vação de galactorreia num adolescente deve ser avaliada a função tiroideia (hormona tireoestimulante [TSH] e T4 livre), a prolactina sérica, a hormona folículo-estimulante e a hormona luteinizante. No caso de se tratar de uma adolescente do sexo feminino é importante realizar um teste de gravidez. O hemograma, a glicose sérica, as transaminases, a função hepática (albumina e estudo da coagulação) e a função renal (creatinina e ureia) são igualmente importantes para o diagnóstico diferencial, devendo ser ponderados caso a caso.

Por outro lado, em idade pré-pubertária, a maioria das crianças com hiperprolactinemia permanece assintomática.⁶ Nesta faixa etária, a hiperprolactinemia pode condicionar atraso no crescimento e no desenvolvimento pubertário em ambos os sexos. Caso se mantenha sustentada no tempo pode induzir osteopenia e osteoporose.¹⁴ Portanto, para além de realizar uma anamnese semelhante à descrita para a idade pós-pubertária, o exame objetivo deve ser completo e detalhado, com especial destaque para a avaliação da somatometria, da proporcionalidade do crescimento ósseo e segmentos corporais, do estadió de *Tanner*, da ginecomastia e galactorreia. Na avaliação da galactorreia em criança pré-púbere deve também ser avaliada a função tiroideia (TSH e T4 livre), o doseamento sérico da prolactina, o hemograma, a glicose sérica, as transaminases e as funções hepática e renal.

Tanto na criança como no adolescente, na presença de sintomas neuro-oftalmológicos (alterações visuais e cefaleias) deve levantar-se a hipótese de se tratar de um prolactinoma, o que justifica a requisição imediata de exame de imagem, idealmente ressonância magnética crânio-encefálica dirigida ao eixo hipotálamo-hipófise. Para além disso, perante a apresentação de galactorreia unilateral deve ser realizada uma ecografia mamária.

Nas crianças e adolescentes que iniciam tratamento com antipsicóticos sugere-se vigilância de sinais e sintomas compatíveis com hiperprolactinemia. O doseamento de prolactina deve ser considerado se surgirem sintomas relacionados com a hiperprolactinemia. A dose deve também ser revista em cada consulta e, sempre que possível, deve ser reduzida. Na ausência de sintomas não existem recomendações consensuais em relação ao doseamento periódico dos níveis séricos de prolactina, antes ou durante o tratamento com antipsicóticos. A maioria das orientações não recomenda



o doseamento periódico de prolactina em crianças/adolescentes assintomáticos, sob terapêutica antipsicótica.¹² Por outro lado, existem fontes que sugerem o doseamento no período anterior ao início do tratamento, após três meses e, posteriormente, se ocorrer ajuste de dose ou surgimento/alteração de sintomas.^{12,15} Assim, a decisão de dosear os níveis de prolactina deve ser ponderada caso a caso durante o tratamento com antipsicóticos em idade pediátrica. Esta dicotomia traduz a importância de se elaborarem diretrizes específicas que clarifiquem a abordagem destas crianças/adolescentes.

O caso descrito tem particular interesse por descrever uma criança em idade pré-pubertária com hiperprolactinemia sintomática. A história clínica e o exame objetivo permitiram a realização do diagnóstico diferencial, favorecendo a hipótese de iatrogenia como a mais provável. A relação temporal entre a instituição terapêutica com um fármaco antipsicótico e o início das queixas, na ausência de sinais de alarme ou achados característicos de outras hipóteses diagnósticas, foram a chave para o raciocínio clínico.

Para o sucesso da orientação do presente caso clínico contribuíram vários fatores. O médico de família constituiu o primeiro ponto de contacto com a criança e um apoio constante à família, acompanhando todo o processo antes, durante e após o seguimento em consulta hospitalar. Para além disso, a colaboração da USF na formação pós-graduada de médicos internos de formação específica (IFE) em pediatria foi um aspeto chave para a orientação célere desta criança. Através da mediação de uma médica IFE em pediatria, em estágio na USF à data da ocorrência, foi possível discutir telefonicamente a orientação desta criança com EP. Este acontecimento destacou a relevância de se considerar a elaboração de protocolos de colaboração e/ou facilitação, por contacto direto entre os CSP e os serviços de pediatria, para auxiliar na discussão e gestão de casos com maior gravidade, que necessitam de uma orientação mais célere até ao agendamento da consulta hospitalar. Este modelo de articulação sublinha o valor da colaboração interdisciplinar para garantir a melhor assistência possível aos utentes.

Para concluir, os autores pretendem alertar para o facto de apesar de existirem outros diagnósticos dife-

renciais com maior gravidade, a suspensão de fármacos predisponentes a alterações hormonais pode ser uma prova terapêutica válida, admitindo-se uma atitude expectante na ausência de agravamento. Desta forma, foi possível evitar a realização de outros exames complementares de diagnóstico, que se revelaram desnecessários, e que poderiam condicionar um aumento da dor da criança e da sua família perante a incerteza do diagnóstico.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem o apoio da Doutora Sandrina Martins na revisão do artigo e da Doutora Ilda Moreira no auxílio da gestão farmacológica do caso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Karaayvaz S. Clinical evaluation of breast in childhood. *Eur J Breast Health*. 2019;15(3):137-40.
2. Snyder PJ. Causes of hyperprolactinemia. UpToDate [Internet]; s.d. [updated 2024 Apr 17; cited 2023 Oct 5]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/causes-of-hyperprolactinemia>
3. Torre DL, Falorni A. Pharmacological causes of hyperprolactinemia. *Ther Clin Risk Manag*. 2007;3(5):929-51.
4. Krøigaard SM, Clemmensen L, Tarp S, Pagsberg AK. A meta-analysis of antipsychotic-induced hypo- and hyperprolactinemia in children and adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2022;32(7):374-89.
5. Rivera JL, Lal S, Ettigi P, Hontela S, Muller HF, Friesen HG. Effect of acute and chronic neuroleptic therapy on serum prolactin levels in men and women of different age groups. *Clin Endocrinol*. 1976;5(3):273-82. DOI: 10.1111/j.1365-2265.1976.tb01953.x
6. Santos Júnior A, Henriques TB, Mello MP, Neto AP, Paes LA, Della Torre OH, et al. Hyperprolactinemia in children and adolescents with use of risperidone: clinical and molecular genetics aspects [published correction appears in *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2016 Dec;26(10):957]. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2015;25(10):738-48.
7. Roke Y, van Harten PN, Franke B, Galesloot TE, Boot AM, Buitelaar JK. The effect of the Taq1A variant in the dopamine D₂ receptor gene and common CYP2D6 alleles on prolactin levels in risperidone-treated boys. *Pharmacogenet Genomics*. 2013;23(9):487-93.
8. Troost PW, Lahuis BE, Hermans MH, Buitelaar JK, van Engeland H, Scahill L, et al. Prolactin release in children treated with risperidone: impact and role of CYP2D6 metabolism. *J Clin Psychopharmacol*. 2007;27(1):52-7.
9. Melmed S, Casanueva FF, Hoffman AR, Kleinberg DL, Montori VM, Schlechte JA, et al. Diagnosis and treatment of hyperprolactinemia: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011;96(2):273-88.
10. Potter GD, Skene DJ, Arendt J, Cade JE, Grant PJ, Hardie LJ. Circadian rhythm and sleep disruption: causes, metabolic consequences, and countermeasures. *Endocr Rev*. 2016;37(6):584-608.
11. Mogavero MP, Cosentino FI, Lanuzza B, Tripodi M, Lanza G, Aricò A, et al. Increased serum prolactin and excessive daytime sleepiness: an attempt of proof-of-concept study. *Brain Sci*. 2021;11(12):1574.



12. NHS Foundation Trust. Hyperprolactinaemia: guidelines for patients and clinicians [Internet]. NHS Foundation Trust; 2015 [updated 2018 Jun; cited 2024 Sep 21]. Available from: https://medicines.necu.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/10/Hyperprolactinaemia_Guidelines_TEWV.pdf?UNLID=93367232220189171288
13. Anderson GM, Scahill L, McCracken JT, McDougle CJ, Aman MG, Tierney E, et al. Effects of short- and long-term risperidone treatment on prolactin levels in children with autism. *Biol Psychiatry*. 2007;61(4): 545-50.
14. Rosenbloom AL. Hyperprolactinemia with antipsychotic drugs in children and adolescents. *Int J Pediatr Endocrinol*. 2010;2010:159402.
15. Peveler RC, Branford D, Citrome L, Fitzgerald P, Harvey PW, Holt RI, et al. Antipsychotics and hyperprolactinaemia: clinical recommendations. *J Psychopharmacol*. 2008;22(2 Suppl):98-103.
16. Laboratory Corporation of America® Holdings. Endocrinology expected values & S.I. unit conversion tables [Internet]. LabCorp; 2021. Available from: https://specialtytesting.labcorp.com/sites/default/files/2021-07/L5167-0421-18%20Endocrine%20Expected%20Values_0.pdf
17. Anderson CC, Kapoor S, Mark TE. *The Harriet Lane handbook: the Johns Hopkins Hospital*. 23rd ed. Elsevier; 2023. ISBN 9780323876988

CONTRIBUTO DOS AUTORES

Conceptualização, ASN, ASR e SO; metodologia, ASN, ASR, FF, AA e SO; investigação, ASN e ASR; recursos, ASN, ASR, FF, AA e SO; curadoria de dados, ASN e ASR; redação do *draft* original, ASN e ASR; revisão, validação e edição do texto final, ASN, ASR, FF, AA e SO; supervisão, FF, AA e SO. Todos os autores leram e concordaram com a versão final do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse

FINANCIAMENTO

Os autores declaram não ter recebido qualquer financiamento externo (incluindo bolsas ou investigação).

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Ana Sofia Nunes

E-mail: sofiaenunes@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-5966-6937>

Recebido em 06-06-2024

Aceite para publicação em 26-09-2024

ABSTRACT

RISPERIDONE AND PALIPERIDONE-INDUCED GALACTORRHEA IN PEDIATRIC AGE: ASSESSING THE RISK/BENEFIT OF THE MEDICATION (CASE REPORT)

Introduction: Galactorrhea is a rare symptom in childhood. The differential diagnosis is extensive, and further investigation is necessary, aided by a detailed anamnesis and physical examination.

Case description: A 4-year-old boy with a history of impulsive behavior had been taking risperidone 0.20 mg/day for four months. He was observed at his primary health care facility (PHCF) due to a bilateral whitish nipple discharge within one week of evolution. No other symptoms were reported. On physical examination, bilateral galactorrhea was observed. The remaining physical examination was normal. A blood test revealed normal thyroid hormone levels but an increased serum prolactin. Risperidone was discontinued, additional blood tests were scheduled, and the patient was referred to a pediatric endocrinology (PE) consultation. He became asymptomatic after two weeks of discontinuing risperidone. He maintained reassessment appointments at his PHCF. At PE consultation, he repeated blood tests which revealed normalized prolactin levels. For the management of persistent impulsive behavior, paliperidone was initiated at a dosage of 3 mg/day. However, after four months, bilateral galactorrhea recurred. Paliperidone was also discontinued and psychoeducation measures were emphasized.

Comment: The authors aim to emphasize that antipsychotic drugs are among the main causes of galactorrhea, even in children. Despite the serious differential diagnosis of galactorrhea, suspending imbalance-predisposing hormonal drugs can be a valid therapeutic test, avoiding unnecessary imaging exams in the initial phase of the investigation.

Keywords: Galactorrhea; Antipsychotics drugs; Children; Adverse drug reaction; Case report.
