



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/562 - No controlo esta hipotensión

N. Sosa Cabrera^a, M.T. Valdés Bilbao^b, L.A. Falcón Espinola^c, A.A. Henry González^d, I. Orta Rodríguez^e y J.L. Alonso Jerez^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Periférico Valle de Guerra. La Laguna. Zona Norte. Tenerife.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Tejina. Tenerife. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. La Laguna. Zona Norte. Tenerife. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Tejina. Tenerife. ^eMédico Residente 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tejina. Zona Norte. Tenerife.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 34 años diagnosticada de depresión posparto en tratamiento, cesárea electiva 6 meses previos con amenorrea e imposibilidad para la lactancia, acompañado de astenia, hiporexia y pérdida de peso. Acude al centro de salud con clínica de dos días de malestar, síndrome miccional y sensación distérmica. Se evidencia hipotensión que no mejora tras reposición volumétrica con 1.000 ml de suero fisiológico y test urinario patológico, por lo que se deriva al Hospital de referencia. Ingresa en Unidad de Cuidados intensivos, persiste hipotensión grave que no respondía a reposición volumétrica. Tras valoración por ginecología y estudio hormonal, se objetiva panhipopituitarismo en contexto de síndrome de Sheehan. Tras inicio de tratamiento corticoideo y hormona tiroidea, se consigue mejoría clínica.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientada, tensión arterial 75/30 mmHg. Palidez cutáneo-mucosa generalizada. Eupneica. Afebril. Frecuencia cardiaca 80 latidos/minuto. Auscultación: ruidos cardíacos rítmicos, sin soplo, murmullo vesicular simétrico sin añadidos. Abdomen blando, no doloroso, sin megalías, ruidos presentes. Miembros inferiores sin edemas. Analítica: hemoglobina 10,4 g/dl, leucocitos $9,1 \times 10^3/\text{mm}^3$ (71,1% neutrófilos), plaquetas $128 \times 10^3/\text{mm}^3$. Coagulación normal. Bioquímica: normal. Hormonas vitamina B12 559 pg/mL, ácido fólico 2,3 g/ml, TSH 9,33 uU/ml, T4 libre 0,30 mg/dl, IGF-I 25 ng/ml, LH 0,8 mUI/mL, prolactina basal 0,5 ng/ml, GH basal 0,47 ng/ml. Orina: leve piuria, leve bacteriuria, hematíes aislados. Test de embarazo negativo. Radiografía tórax: sin infiltrados. TAC abdomen y pelvis: hígado con edema periportal, sin evidencia de lesiones focales. Bazo, páncreas, suprarrenales y riñones sin alteraciones. Compartimentos mesentéricos, retroperitoneales y pélvicos libres de adenomegalias u otras masas. Resonancia magnética hipofisaria: silla turca y glándula hipofisaria de tamaño normal, sin nódulos, masas ni imágenes de sangrado. Tallo hipofisario centrado.

Juicio clínico: Panhipopituitarismo por síndrome de Sheehan. Inestabilidad hemodinámica secundaria.

Diagnóstico diferencial: Diversos trastornos ocasionan deficiencias de una o más hormonas de la hipófisis. Pueden ser congénitos, traumáticos (quirúrgicos, radioterapia craneal y lesiones craneoencefálicas), neoplásicos (adenoma hipofisario, tumoración parasillar, craneofaringioma, metástasis y meningiomas), infiltrativos (hemocromatosis, hipofisitis linfocítica, sarcoidosis o histiocitosis X), vasculares (apoplejía hipofisaria, necrosis puerperal y drepanocitosis) o infecciosos (tuberculosis, micosis y parásitos).

Comentario final: Este síndrome tiene una incidencia de 1/10.000 partos. Causa de muerte en postparto en un 25% de los casos. La necrosis hipofisaria posparto (síndrome de Sheehan) es una complicación del embarazo

por una hemorragia durante el parto que da lugar a agalactia y amenorrea. Los síntomas habituales son escasos y el diagnóstico suele ser tardío. Por ello es importante que el médico de familia conozca esta patología y esté alerta ante una mujer postparto sin lactancia, astenia y amenorrea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Halperin RI, Obiols AG, Soto AM, Torres VE, Tortosa HF, Català BM, et al. Guía clínica de las modificaciones hipotalamohipofisarias en el embarazo y en el periodo postparto. *Endocrinología y Nutrición*. 2007;55:29-43.
2. Contreras ZE, Mosquetera TX, Domínguez VMC, Parra ZE. Herrera Pombo JL. Enfermedades del hipotálamo y la hipófisis anterior. En: Rodés J, Guardia J, eds. *Medicina Interna*. Barcelona: Masson, 1997; Tomo II: 2494-514.
3. Lamberts SWJ, de Herder W W, van der Lely JA. Pituitary insufficiency. *Lancet*. 1998;352:127-34.