



247 - PRESENTACIÓN ATÍPICA DEL SÍNDROME DE SHEEHAN

C. Lozano Aida, P. Pérez Castro, C. Gil Mouce, N. Rodríguez Novo, M.A. Morales Posada, J.M. de Matías Leralta, R.M. Argüeso Armesto, P. Álvarez Castro, J.A. Castro Piñeiro y J.I. Vidal Pardo

Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.

Resumen

Introducción: El síndrome de Sheehan es una entidad poco frecuente secundario a la hipoperfusión de la glándula pituitaria durante o tras una hemorragia obstétrica severa. Su asociación con diabetes insípida es muy infrecuente.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 43 años, gestante 39 semanas. Antecedentes personales: G3P2A0. Parto inducido por sufrimiento fetal. Tras alumbramiento, aparición de hipotensión severa materna que precisa cirugía urgente por shock hipovolémico, con realización de histerectomía y embolización de arterias hipogástricas y la ovárica derecha. Destaca en analítica hipoglucemia con tendencia a hipernatremia con poliuria de 4L/día. Se solicita eje hipofisario donde se objetiva hipotiroidismo e hipocortisolismo central, por lo que se inicia tratamiento con hidroaltesona intravenosa y levotiroxina ante la sospecha de Sheehan. Persiste poliuria franca con orina hipoosmolar y ante la sospecha de diabetes insípida asociada se solicita RM hipofisaria, donde describen aumento de tamaño hipofisario con foco de hiperseñal en T1 compatible con hemorragia. Realizamos un test de deshidratación que confirmando una diabetes insípida y se inicia tratamiento con desmopresina.

Discusión: El síndrome de Sheehan es una entidad que, aunque poco frecuente, puede provocar riesgo vital. La aparición de diabetes insípida por afectación del tallo hipofisario puede asociarse aunque de forma infrecuente.

248

DIABETES INSÍPIDA CENTRAL POR INFUNDIBULOHIPOFISITIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

V. Navas Moreno, T. Armenta Joya, J. Jiménez Díaz, F. Sebastián Valles, M. López Ruano, C. Martínez Otero, M. Lahera Vargas

Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Caso clínico: Se presenta caso de diabetes insípida central (DIC) de inicio abrupto asociada a amenorrea en una mujer de 23 años. Acude a consultas en el año 2016 mujer de 23 años procedente de zona tropical derivada para estudio de poliuria. La paciente cuenta inicio abrupto hace 6 meses de cuadro consistente en polidipsia, poliuria y nicturia, llegando a ingerir hasta 23 litros de agua

diarios. Ha probado a limitar la ingesta hídrica pero ha presentado gran sensación de sed y sequedad mucocutánea. Por otra parte refiere amenorrea. Analítica (deprivación hídrica 4 horas): Na⁺151 mEq/L, Osm_p 311 mOsm/L. LH 0 mUI/mL, FSH basal 1 mUI/mL, Estradiol 11 pg/mL, PRL basal 45,05 ng/mL, resto normal. Osm_{U94} mOsm/L. Osm_U tras Minurin 1 µg de 514 mOsm/kg. Resonancia magnética nuclear (RMN) Hipofisaria: marcado engrosamiento del tallo hipofisario (7 mm). Serologías, Mantoux y quantiferon negativos. LCR: beta-HCG, alfa-fetoproteína indetectables. Recuento celular y bioquímica sin alteraciones. Diagnóstico: DIC completa de causa adquirida. Hipogonadismo de origen hipofisario. HiperPRL por efecto tallo. Probable infundibulohipofisitis. Comentario y evolución: se plantea diagnóstico diferencial etiológico, siendo lo más prioritario descartar disgerminoma que se descarta con la medición de beta-HCG en LCR. Se inicia tratamiento con Minurin 120 mg nocturno con ajustes según poliuria, con lo que presenta diuresis de 5 litros diarios. Se inicia tratamiento hormonal sustitutivo con lo que mantiene reglas por deprivación. Persiste buena evolución clínica pero persistiendo DIC parcial y sin recuperar el eje gonadal. Disminuye el tamaño del tallo hipofisario de 7 a 3 mm.

Discusión: La DIC adquirida es una patología relativamente frecuente, la causa más frecuente es la idiopática y se postula que sea autoinmune. El estudio y seguimiento de los pacientes debe ser estrecho para hallar la etiología ya que hay causas de alta gravedad cuyo pronóstico es tiempo-dependiente (disgerminoma, craneofaringioma).